Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

PLAN DE ACCIÓN 2012-2020

"NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN"

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

PLAN DE ACCIÓN 2012-2020

"NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN"

Edición:
Barbara Hayes F., Pamela Burdiles F., Patricia Narváez E.

Textos:
Sylvia Santander R., Tamara Zubarew G., Lorena Ramirez C., Patricia Narváez E., Mª Angelica Caprile A., Pamela Burdiles F., Pamela Meneses C.

Fotografía:
Felipe Hasen N.

Diseño:
Romina Ramírez J.

Impresión:
Editorial Valente

Agradecimientos:
Al Ministro de Salud Dr. Jaime Mañalich, quien, con una visión de Estado y de Salud Pública, lúcida y visionaria, ha dado un fuerte apoyo para el desarrollo de este Programa Nacional.

Al Subsecretario de Salud Pública Dr. Jorge Díaz Anaiz por compartir esta visión y otorgar su constante apoyo y acompañamiento al equipo de adolescencia, lo que ha permitido concretar este documento regulatorio tan significativo.

A la Dra. Matilde Maddaleno, Coordinadora Regional Proyecto Curso de Vida Saludable. Organización Panamericana de la Salud, por su valiosa asesoría y apoyo permanente durante el proceso de reformulación del Programa.

A profesionales de los equipos de Atención Primaria de Salud, Servicios de Salud y Seremis.

Al grupo de Adolescentes y Jóvenes participantes en los cinco encuentros "En Salud, Los Jóvenes Eligen".
Al grupo de Adolescentes y Jóvenes pertenecientes a los 15 Consejos Consultivos Regionales y al Consejo Consultivo Nacional de Adolescentes y Jóvenes en Salud, cuyas opiniones fueron un pilar fundamental para la construcción de este programa.
Santiago de Chile, Septiembre 2012
2ª Edición, Marzo 2013

PRESENTACIÓN

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, han encendido luces de alerta frente a la presencia en la población chilena de factores medioambientales y de estilos de vida que se consideran de riesgo para la salud. Ejemplo de estas conductas son la insuficiente práctica de actividad física, los malos hábitos de alimentación, el consumo problemático de alcohol, tabaco y drogas, entre otros. Estas conductas, iniciadas generalmente en la adolescencia, se relacionan con altas prevalencias de enfermedades crónicas en la edad adulta, como la obesidad y el sobrepeso, problemas cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, cáncer y los trastornos del ánimo, cuya consecuencia más grave puede ser el suicidio.

La Encuesta Nacional de Salud señala que estas conductas y los problemas de salud que generan, afectan principalmente al grupo de población de 12 a 24 años, e impactan en el perfil epidemiológico de este grupo etario, quienes presentan como primera causa de muerte, las causas externas, como accidentes, suicidios, y violencia interpersonal.

La Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2011-2020, del Ministerio de Salud, se sustenta en la mejor evidencia de efectividad disponible y aborda las inquietantes cifras de prevalencia de factores de riesgo y de morbilidad detectadas en toda la población chilena y en particular en el grupo de adolescentes y jóvenes.

Asimismo, esta Estrategia expresa que se requiere intervenir prioritariamente en períodos del curso de vida temprana (infancia y adolescencia), con estrategias y acciones preferentemente promocionales y preventivas. Se comparten, en este sentido, las recomendaciones de la OMS/OPS, que en su Estrategia Regional orienta e insta a tomar decisiones a los Estados en favor del resguardo de los derechos a la salud óptima en los períodos de infancia y adolescencia, en forma oportuna y con servicios de calidad, para así poder superar las desigualdades en salud.

Preocupado por esta compleja situación de Salud Pública, el equipo técnico del Programa de Adolescencia del Minsal, ha puesto sus mejores esfuerzos en la formulación de un Programa Nacional de Adolescencia y de su Plan de Acción, de manera de orientar la implementación de estrategias que permitan el logro de los objetivos propuestos para la atención integral de adolescentes y jóvenes en las Seremi y Servicios de Salud de todo el país.

He expresado mi irrestricto apoyo a priorizar las acciones sanitarias en la población de adolescentes y jóvenes a nivel nacional, considerando como requisito para el logro de esta tarea la necesidad de cerrar brechas, a través de mejorar el acceso a servicios de calidad, en todos lo niveles de atención, la implementación de un modelo de atención integral, con espacios diferenciados/amigables, accesibles, dispuestos en horarios diferidos y con personal entrenado para la atención de este grupo de personas.

Como estrategia de entrada al sistema de salud de esta población específica, se definió en el 2011, la implementación del control de salud de adolescentes de 10-14 años, agregándose desde el 2012, el control de adolescentes de 10 a 19 años, lo que se ha llamado "Control Joven Sano". Esta intervención se irá instalando en forma progresiva, de manera que para el

2014 cada adolescente pueda contar con un control de salud anual, constituyéndose en un hito sin precedentes en el país. Se espera el logro de la cobertura universal para el 2020.

Este control podrá realizarse en los espacios diferenciados/amigables de la red asistencial del nivel primario de atención, así como, en las escuelas y otros espacios donde adolescentes y jóvenes tengan facilidad de acceder; por lo tanto, el control de salud en esta población desafía al desarrollo de estrategias intersectoriales para cumplir con las metas propuestas.

De este modo, es para mí una gran satisfacción presentar el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, que recoge cada una de nuestras preocupaciones por la salud de este grupo poblacional, y entrega a los gestores en los distintos niveles de acción y a los equipos de salud del país orientaciones y recomendaciones basadas en la evidencia, en el juicio de expertos y en las mejores prácticas que los equipos han probado como efectivas.

Debo señalar también que hemos recogido las opiniones de personas de este grupo etario sobre sus necesidades, requerimientos y demandas en salud, a través de consultas realizadas a ellos y ellas, en los Encuentros de Jóvenes "En salud, los Jóvenes Eligen", así como, en el Consultivo de Jóvenes, realizado en el 2011. En esos encuentros se lograron invaluables insumos para hacer de este Programa un instrumento cercano a los requerimientos de sus usuarios principales; constituye, sin lugar a dudas, un ejemplo de política pública cercana a las personas que la reciben.

Se coloca a disposición de los equipos gestores, profesionales y técnicos, un documento que guiará sus prácticas, la que por su propia dinámica, requerirá de sus mejores esfuerzos y compromisos para aplicar las intervenciones recomendadas en él, teniendo presente que las acciones más efectivas a favor de adolescentes y jóvenes, siempre cuentan con la participación activa de los mismos en la toma de decisiones que resguarden y protejan su salud.

Dr. Jaime Mañalich Muxi.
Ministro de Salud

INDICE

	Página
CAPÍTULO I	7
MARCO GLOBAL DEL PROGRAMA	
INTRODUCCIÓN	8
I. ANTECEDENTES	11
II. SITUACIÓN DE SALUD DE ADOLESCENTES	16
III. MARCO TEÓRICO	44
Modelos	44
Enfoques	49
IV. MARCO LEGAL	55
V. VISIÓN, MISIÓN, OBJETIVOS	60
CAPÍTULO II	62
ASPECTOS TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS DEL PROGRAMA	
INTRODUCCIÓN	63
I. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES	64
II. PRIORIDADES PROGRAMÁTICAS	68
III. ACTIVIDADES DEL NIVEL PRIMARIO	73
CAPÍTULO III	95
PLAN DE MONITOREO	
CAPÍTULO IV	112
PLAN DE ACCIÓN 2012-2020	
ANEXOS	135
BIBLIOGRAFÍA	154
PARTICIPANTES	16

CAPÍTULO I
MARCO GLOBAL DEL PROGRAMA

INTRODUCCIÓN

Chile cuenta con indicadores que muestran que las personas gozan de una mejor salud, disponen de más recursos económicos y tienen una expectativa de vida mayor que hace 30 años (Ministerio de Salud de Chile, Minsal, 2011); sin embargo, al desagregar estos indicadores por edad, sexo, niveles socioeconómicos y zonas geográficas, aún persisten en el país diferencias marcadas en la naturaleza y magnitud de los problemas de salud y el daño secundario a ellos, así como en el acceso y equidad en el uso de los recursos disponibles en los distintos grupos poblacionales, desventajas relacionadas en su mayoría con determinantes sociales estructurales o intermedios de la salud.

En relación a estos determinantes, adolescentes y jóvenes, que son aquellas personas de 10-24 años y que corresponden al 25,03% del total de la población, son las que representan el grupo con mayor porcentaje de personas en situación de pobreza, de acuerdo a información de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica, (Casen, 2010).

La Encuesta Nacional de Salud (2009-2010) permite tener una línea base para esta propuesta. Sus resultados muestran que aunque la situación de salud global de la población del país ha mejorado, existe una compleja situación de la población chilena en algunos ámbitos de la salud, como por ejemplo altas prevalencias de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, que se adquieren en el período de la adolescencia y juventud, provocando morbilidad o mortalidad durante la edad adulta (Schutt-Aine, 2003).

En el análisis de los resultados de esta encuesta, también se puede observar la importante relación que existe entre la prevalencia de enfermedades y equidad, observándose mayor frecuencia de casi todas las enfermedades en personas con menor nivel de instrucción o menor nivel socioeconómico.

Fundamentado en lo anterior y apoyados en el marco conceptual de los determinantes sociales de salud de la población (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2008, Conferencia Mundial sobre Determinantes sociales de la Salud, OMS, 2011), el Ministerio de Salud, como ente rector y regulador, convocó en el 2011, a diversos actores institucionales y de la sociedad civil para iniciar un proceso de construcción y formulación de la Estrategia Nacional de Salud (Minsal, 2011-2020).

Simultáneamente, y alineados con esta Estrategia Nacional, el equipo ministerial de adolescencia inicia el proceso de elaboración del "Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes" y de su "Plan de Acción Estratégico". Se apoya en la Estrategia Regional OPS/OMS (2010-2018) para mejorar la Salud de Adolescentes y Jóvenes y en el Plan de Acción de Salud propuesto por esa misma entidad para este grupo etario. Esta Estrategia Regional fue aprobada por los Ministros de Salud en las sesiones 48ª y 49ª del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS 2008-2009 y está acorde con: las metas de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, la Estrategia de la Organización Mundial de la Salud para la Salud y el Desarrollo del Niño y Adolescente, la Estrategia Mundial de Salud Reproductiva y el documento conceptual de Salud Familiar y Comunitaria de la OPS.

El Programa Nacional, propone una estrategia a 10 años, y su plan de acción tiene como propósito operacionalizar la implementación del Programa en el período 2012-2020.

Pone énfasis en que se requieren respuestas integrales e integradas, con especial atención en los grupos de adolescentes y jóvenes más vulnerables, considerando las disparidades prevalentes en el estado de salud, según regiones, comunas e incluso barrios.

El Programa es una herramienta de trabajo, que propone realizar acciones consensuadas, articuladas, sinérgicas y permanentes de los distintos actores, instituciones y sectores, para que, a través de acciones preventivas promocionales contribuyan al fortalecimiento de los factores protectores y a la reducción de los factores de riesgo para la salud, a los que están expuestos el grupo de adolescentes y jóvenes de nuestro país.

Propone de igual forma realizar en el futuro acciones de prevención secundaria y terciaria, atención de salud de calidad y un avance en las temáticas de rehabilitación en este grupo de personas.

Igualmente propone diseñar e implementar una oferta de servicios de salud integral en el sistema público para la población de adolescentes y jóvenes, que responda a las necesidades de este grupo y cuyas prestaciones definidas sean oportunas, pertinentes, basadas en la evidencia, evaluables y enfocadas en los modelos de calidad y de mejora continua. Los objetivos definidos se plantean en el marco de un enfoque de derechos y de determinantes sociales.

Una de las acciones relevantes que aportaron en forma sustantiva a las propuestas de estrategias y actividades del Programa, fue la conformación de las mesas técnicas para cada una de las líneas estratégicas y temáticas propuesta por el equipo Ministerial; el trabajo participativo realizado tuvo como resultado el diseño de propuestas operativas, avaladas por juicio de expertos, que permitieron plasmar en el plan de acción las principales actividades a desarrollar para el logro de los objetivos en el período propuesto.

Por otro lado, durante el 2011, se realizaron seis encuentros de participación juvenil. El primero de estos encuentros fue el "Consejo Consultivo de Jóvenes en Salud", que reunió jóvenes de diversas organizaciones de todo el país. Luego de ello, se realizaron otros cinco encuentros llamados "En Salud los Jóvenes Eligen", propiciados por el Ministro de Salud, Dr. Jaime Mañalich, quien conversó con más de 500 estudiantes de cuatro regiones del país, escuchando sus propuestas, necesidades y demandas. Los resultados de estos encuentros fueron sistematizados en un documento (Hasen, 2011), cuya valiosa información fue un importante insumo para las autoridades, así como para la formulación del Programa y Plan de Acción.

Este documento se refiere principalmente al quehacer del nivel primario de atención, dado que la mayor demanda de atención de salud de adolescentes y jóvenes ocurre y se resuelve en este nivel, por lo cual define las actividades en el ámbito de la promoción y prevención de salud. En un documento posterior se abordará la atención de esta población en los niveles secundario y terciario.

Este documento se refiere principalmente al quehacer del nivel primario de atención, dado que la mayor demanda de atención de salud de adolescentes y jóvenes ocurre y se resuelve en este nivel, por lo cual define las actividades

[1] Por ejemplo, la juventud socialmente excluida, de baja situación socioeconómica, con vulneración de derechos o que tienen necesidades de salud especiales, incluyendo los adolescentes y los jóvenes con enfermedades mentales severas y discapacidades

en el ámbito de la promoción y prevención de salud. En un documento posterior se abordará la atención de esta población en los niveles secundario y terciario.

Este Programa debe ser implementado progresivamente por las Secretarías Regionales Ministeriales y los Servicios de Salud, y ejecutado a través de la red de servicios del sistema público de salud. Además, es sinérgico con aquellas acciones de otros sectores del Estado, que implementan programas a favor de este grupo poblacional, por lo que, es fuertemente intersectorial. Asimismo, constituye una referencia para el sistema privado de atención de salud.

I. ANTECEDENTES

Hoy, en la mayoría de los países en vías de desarrollo o desarrollados, con un perfil parecido a nuestro país, se está registrando una transición demográfica que se explica por diversos factores, entre los cuales se encuentran: la disminución de la tasa de fecundidad, la superación de las enfermedades prevalentes de la infancia, con la consecuente disminución de la mortalidad infantil y general, y la existencia de una importante población migrante. Todas estas razones explican el cambio de la pirámide poblacional en los distintos países.

En Chile, existe un cambio demográfico hacia el envejecimiento (INE, 2007), que implica un aumento de la población de adultos mayores y una disminución relativa de la población de adultos y adolescentes. En este escenario, nuestro país tiene un "bono demográfico" de población (OMS, 2011), que implica que aún existe predominio de la población económicamente activa sobre la población no activa del país (Grupo del Banco Mundial, 2011), lo que constituye una oportunidad. Preocupa, sin embargo, que aunque las tasas de mortalidad han disminuido en los últimos 50 años en la población general, en adolescentes y jóvenes la reducción es menor que en otros grupos de edad, siendo evitables la mayoría de estas muertes (OPS, 2008). Es relevante este hecho pues el grupo de adolescentes y jóvenes aportan al bono demográfico, como población económicamente activa en el presente o futuro próximo.

A pesar del cambio demográfico, la cohorte actual de adolescentes y jóvenes es la más grande que ha existido en el mundo; de hecho, en el 2010, la población joven representaba un cuarto de la población mundial, y cuatro de cada cinco jóvenes vivían en países de menor desarrollo.

Por otro lado, como ya se ha mencionado, la Encuesta Nacional de Salud (2009-2010) nos muestra una situación epidemiológica actual del país, con un explosivo y alarmante aumento de las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNTs), como enfermedades cardiovasculares, Cáncer, Diabetes, Hipertensión Arterial, Hipercolesterolemia, Depresión, entre otras, con alta prevalencia en adultos, pero también en adolescentes.

Muchas de las conductas de riesgo para estas enfermedades, que se inician en la adolescencia (conducta sexual de riesgo, consumo de drogas, alcohol y tabaco, sedentarismo, alimentación poco saludable, entre otras), tendrán un importante impacto en la salud y la calidad de vida en el presente de este grupo etario, con consecuencias negativas para ellos (embarazo, drogadicción, deserción escolar) y, en otros casos, son causa de invalidez o muerte (accidentes, suicidios y homicidios).

La permanencia de estas conductas de riesgo determinarán una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en la edad adulta, lo que permite suponer que las acciones de salud pública realizadas en este grupo en la actualidad, en promoción de la salud y prevención de las enfermedades, repercutirán en el futuro disminuyendo los índices años de vida ajustados por discapacidad (Avisa) y años de vida potencial perdidos (AVPP), así como, la carga de enfermedad de los adultos y adultos mayores. Por lo tanto, estas intervenciones disminuirán los costos en salud para el país en un futuro cercano.

Por otro lado, se sabe que aproximadamente dos de cada tres muertes prematuras y un tercio de la carga total de morbilidad en los adultos están relacionadas con comportamientos que se inician durante la adolescencia. Por tanto, resulta fundamental realizar acciones preventivas en etapas tempranas que favorezcan

una mejor salud de la futura población adulta (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2010), disminuyendo una carga económica evitable a los sistemas de salud en el futuro. Esta vinculación entre salud y economía, nos permite reconocer a la niñez, adolescencia y juventud como etapas cruciales para intervenir en la salud de las personas.

Por lo anterior, es necesario que las propuestas de políticas públicas tengan perspectiva de curso de vida para el enfrentamiento de los problemas de salud, teniendo especial cuidado en no olvidar que el crecimiento y desarrollo integral de adolescentes y jóvenes es un factor decisivo para el desarrollo y bienestar de los países.

La "Estrategia Nacional de Salud, 2011-2020", entendiendo la importancia que la salud de adolescentes y jóvenes, tiene entre las prioridades de desarrollo de los países (OPS, 2010; Breinbauer & Maddaleno 2005), define cerca de 20 metas de impacto vinculadas al grupo de adolescentes y jóvenes, e incorpora como una de sus estrategias (resultados esperados) de mayor importancia, el aumento progresivo de la cobertura del control preventivo de adolescentes, a través de la estrategia "Control joven sano" propuesta por el programa. Este control es la puerta de entrada del grupo de adolescentes al sistema y es, por tanto, una valiosa oportunidad para dar respuesta a las metas de impacto propuestas en la estrategia nacional de salud para estas personas.

Dicho plan se sustenta en evidencia científica, que indica que durante la adolescencia y juventud pueden incorporarse y arraigarse tanto comportamientos saludables, como dañinos que no sólo repercuten en la salud actual de este grupo poblacional, sino que también afectan la situación de salud, en el transcurso de sus vidas.

Esta Estrategia Nacional plantea un modelo de gestión basado en resultados, y busca focalizar los esfuerzos en "la prevención de enfermedades y el fomento de los hábitos de vida más sanos, para garantizar a todos los chilenos una atención digna, oportuna, de calidad, así como, para mejorar significativamente la gestión y eficiencia de los hospitales y APS" (Minsal, 2011). Además, la Estrategia define cuatro objetivos sanitarios, nueve objetivos estratégicos y 50 metas de impacto.

Los objetivos sanitarios propuestos para la década 2011-2020 son los siguientes (Minsal, 2011): Ver figura Nº 1

1.- Mejorar la salud de la población

2.- Disminuir las desigualdades en salud

3.- Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud

4.- Asegurar la calidad de las atenciones de salud de las intervenciones sanitarias

Figura n° 1: Objetivos estratégicos para la década 2011-2020.

Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios se han propuesto 9 objetivos estratégicos (Figura N°1), que han considerado el trabajo de múltiples actores para la formulación de las metas y/o resultados esperados para el decenio. Los resultados esperados en la Estrategia Nacional se basan en la evidencia disponible y opinión de expertos que han señalado cursos de acción para alcanzarlas.

Las metas de impacto esperadas, involucradas en la totalidad de los objetivos sanitarios, se respaldan en modelos de abordaje basados en el enfoque de curso de vida y determinantes sociales de la salud y se ubican transversalmente en el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

Desde el punto de vista de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, existe un grupo de metas señaladas a continuación, que mantienen una relación directa con él:

- Meta 1.1: Disminuir la mortalidad por VIH /SIDA
- Meta 1.3: Mantener logros alcanzados en el control o eliminación de las Enfermedades Transmisibles.
- Meta 1.4: Disminuir la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas.
- Meta 2.3: Incrementar la proporción de personas con diabetes controlada
- Meta 2.4: Reducir la progresión de enfermedad renal crónica.
- Meta 2.5: Reducir la tasa de mortalidad por cáncer
- Meta 2.6: Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica
- Meta 2.7: Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental.
- Meta 2.8: Disminuir la discapacidad
- Meta 2.9: Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.
- Meta 2.10: Disminuir la mortalidad por accidentes del tránsito.
- Meta 3.1: Aumentar la prevalencia de fac-

tores protectores.

- Meta 3.2: Reducir el consumo de tabaco en población de 12 a 64 años.
- Meta 3.3: Reducir el consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años.
- Meta 3.5: Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en adolescentes y jóvenes.
- Meta 3.6: Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes.
- Meta 3.7: Disminuir la prevalencia del consumo de drogas ilícitas en población general.
- Meta 4.3: Disminuir la tasa proyectada de suicidio en adolescentes.
- Meta 4.4: Disminuir la tasa proyectada de embarazo adolescente en menores de 19 años
- Meta 5.1: Disminuir la gradiente de inequidad en salud relacionada con posición social
- Meta 5.2: Disminuir la brecha de inequidad en salud relacionada con ubicación geográfica
- Meta 7.1: Mejorar los sistemas de información en salud
- Meta 7.3: Aumentar y mejorar la dotación de recursos humanos en el sector salud.

Con el objeto de dar cumplimiento a estas metas, las estrategias promocionales y preventivas basadas en enfoque de curso de vida y determinantes sociales de la salud, sustentan su implementación en políticas intersectoriales y participación social, y en el marco de la vinculación y cooperación internacional, y se fortalecen con alianzas estratégicas con organismos internacionales.

Además del trabajo colaborativo con OPS/OMS, el MINSAL ha establecido, a partir del 2007, un convenio con el Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue (ORAS-Cohnu), para trabajar en forma colaborativa en la prevención del embarazo adolescente.
El compromiso de Chile en esta alianza es el desarrollo de la estrategia de participación juvenil, desarrollada desde el 2009, que promueve el empoderamiento de jóvenes y su participación en la formulación de las políticas públicas que involucran adolescentes y jóvenes, y en el fortalecimiento de la abogacía a fin de contribuir a mejorar el acceso a los servicios de salud y prestaciones en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva.

El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, y sus estrategias para la acción, se fundamenta en la situación actual de las condiciones de salud, basadas en datos recolectados de "La Encuesta Nacional de Salud, 2009-2010", "La Encuesta de Necesidades" aplicada a 500 jóvenes en el 2011, en 5 encuentros "En Salud los Jóvenes Eligen" realizados en 5 Regiones,, el "VIII Estudio Nacional de Consumo de alcohol y drogas en población escolar" de Conace, actual Senda, y la "VI Encuesta Nacional de la Juventud 2009", entre otros. A partir de esas fuentes se manejan cifras de prevalencia que se resumen en los párrafos siguientes:

- Consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 18 años: 36%.[2]
- Consumo de alcohol en el último año en población de 15 a 19: 54%.[3]
- Prevalencia de consumo de drogas en el último año en población escolar: 57% alcohol, 46% tabaco, 15% marihuana, 3.4% cocaína, 2.1% pasta base.[4]
- Síntomas sugerentes de trastorno del ánimo depresivo: 30%.[5]
- Ideación suicida (elementos de suicidabilidad concomitantes): 12-14%, hombres

[2] 8º Estudio Nacional de Drogas en población escolar, CONACE 2009
[3] VI Encuesta Nacional de la Juventud, INJUV 2009
[4] 8º Estudio Nacional de Drogas en población escolar, CONACE 2009
[5] Encuesta Mundial de Salud Escolar, EMSE, 2004.

8%, mujeres 18%.[5]

- Mortalidad por suicidio: aprox. 7 de cada 100.000 adolescentes.[6]
- Edad de inicio actividad sexual: 16.7 años; hombres: 16.3 años y mujeres: 17.1 años.[7]
- Embarazo adolescente: 16,1% del total de nacidos vivos en el 2009 (252.240) correspondieron a hijos de madres adolescentes de 10 a 19 años (40.703).[8]
- La tasa de fecundidad específica por 1000 mujeres de 10 a 19 años al 2009, corresponde a 29,1. En adolescentes de 10 a 14 esta tasa específica es de 1.61 por 1000, y en adolescentes de 15 a 19 años de 54,3 por 1000.
- Uso de método anticonceptivo en 1º relación sexual: (53% hombres, 49% mujeres)
- Obesidad: hombres 9% y mujeres 13%
- Sedentarismo 76% en población de 15-19 años

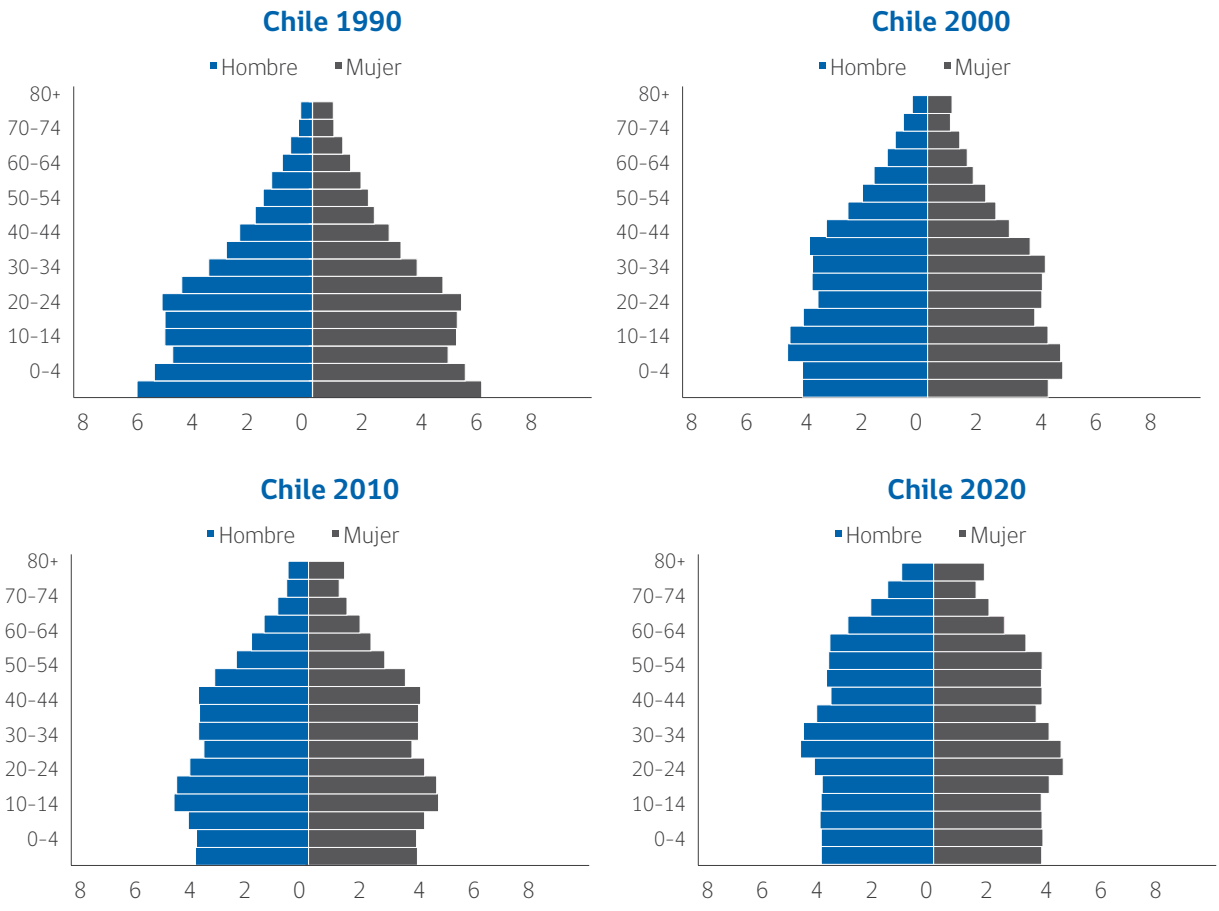
[6] Información obtenida del DEIS-Minsal, 2009
[7] VI Encuesta Nacional de la Juventud, INJUV 2009
[8] Información obtenida del DEIS-MINSAL, 2009
[9] Idem
[10] VI Encuesta Nacional de la Juventud, INJUV 2009
[11] Encuesta Nacional de Salud 2009-2010
[12] Encuesta Nacional de Salud 2009-2010

II. SITUACIÓN DE SALUD DE ADOLESCENTES

1. Características sociodemográficas

Según proyecciones del Censo 2002, la población de adolescentes (10-19 años) y de jóvenes (20 y 24 años) representa el 17% y 8,3% del total de la población chilena, respectivamente. Para el 2020, según el INE, se estima que ambos grupos representarían el 21% de la población total, estimada en 3.859.275 de adolescentes y jóvenes (Instituto Nacional de Estadísticas, INE, 2009).

Gráfico Nº1: Evolución Pirámide Poblacional, Chile 1990-2020



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, INE 2009

Las gráficas anteriores muestran la evolución de la pirámide de población y su proyección hacia el 2020, donde es posible visualizar la reducción de los grupos de niños/niñas y adolescentes proyectados, como resultado de la disminución de la fecundidad y aumento de la esperanza de vida, produciéndose un cambio demográfico con incremento de las poblaciones adultas (perfil campaniforme).

En la población de adolescentes, la residencia urbana es mayoritaria, de tal manera que el 87,3% de la población juvenil (15 a 24 años) se concentra en las zonas urbanas y sólo el 12,7% vive en zonas rurales (Minsal, 2008), estos últimos concentran los mayores índices de pobreza y vulnerabilidad social (Instituto Nacional de la Juventud, Injuv, 2010).

a) Distribución de la población de adolescentes en el país inscrita en Atención Primaria de Salud

Del total de adolescentes (17%) de la población general del país (Tabla Nº1) el 75% de hombres y mujeres de 10 a 19 años se encuentra inscrito en la atención primaria del sistema público de salud (Tabla Nº2), lo cual, muestra el gran desafío que genera la demanda de servicios de salud para la satisfacción de las necesidades de atención de este grupo.

Tabla Nº 1: Población Estimada de Adolescentes, según rangos etarios

Población INE 2009	Total país	% Nivel País	Hombres	% Nivel País	Mujeres	% Nivel País
Población de 10-14 años	1.360.847	8,2%	692.423	4,00%	668.424	3,7%
Población de 15-19 años	1.483.285	8,8%	754.005	5,00%	729.280	4,3%
Total población adolescente 10-19	2.844.132	17,0%	1.446.428	9,0%	1.397.704	8,0%
Población Total estimada país	16.928.873	100%	8.379.571	49%	8.549.302	51%

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas, INE 2009

Tabla Nº 2: Población Adolescente Inscrita en Atención Primaria de Salud

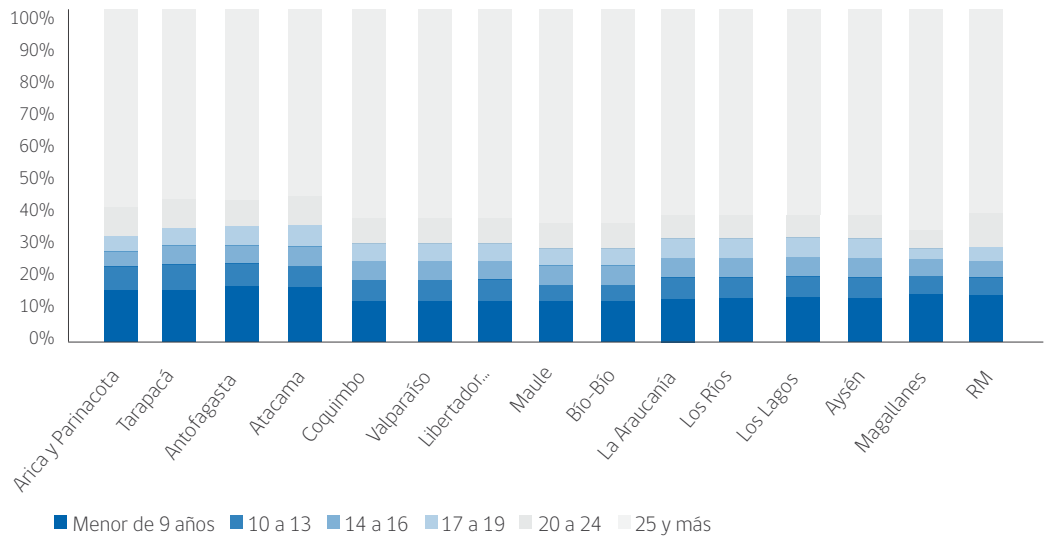
Población APS municipal	Población APS/ONG	Población APS servicios	Total población APS
1.928.101	24.360	183.545	2.136.006

Fuente: Depto. Coordinación de Programas de Atención Primaria, Minsal, 2011

b) Distribución de Población Adolescente y Joven por Grupo de Edad y Región

La distribución por regiones refleja una menor presencia de adolescentes y jóvenes en la Región de Magallanes, con un 19,2% (Gráfico Nº2); en tanto, en la Región de Atacama se encuentra la proporción más alta con un 27,7% del total de población de dicha región

Gráfico Nº2: Distribución de Población Adolescente y Joven por Grupo de Edad y Región



Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Base de datos Casen 2009

En relación a la declaración de pertenencia a algún grupo étnico, ésta es de alrededor de un 7% en todos los rangos etarios; el mayor porcentaje corresponde a la etnia mapuche con un 8%, 7,2% y 6,5% en los rangos etarios de 10-14, 15-19 y 20-24, respectivamente, le sigue la etnia Aymará en un porcentaje de 1% (Tabla Nº3).

Tabla Nº 3: Población Adolescente y Joven, según pertenencia étnica

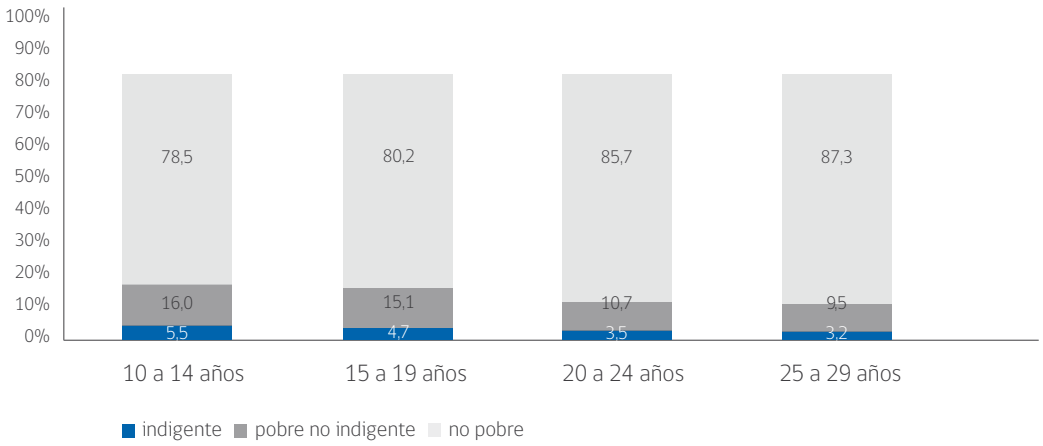
Etnia	10 a 14 años		15 a 19 años		20 a 24 años		Total	
	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Población encuestada	%
Aymará	10.849	0,8	12.567	0,8	9.559	0,7	32.975	1
Mapuche	108.481	8	113.052	7,2	91.417	6,5	312.950	7
Atacameño	3.213	0,2	3.651	0,2	2.107	0,1	8.971	0,2
No pertenece a pueblo indígena	1.224.663	90,6	1.427.498	91,4	1.406.250	92,9	4.058.411	92
Total	1.347.206	99,6	1.556.768	99,7	1.509.333	100	4.413.307	100

Fuente: CASEN 2009

c) Distribución de Población Adolescente, según situación de pobreza

Respecto al nivel de pobreza e indigencia, la población infantil y adolescente presenta proporciones superiores de pobreza y de indigencia que la población de jóvenes y de adultos (Gráfico Nº 3). Hasta los 14 años, un 21,5% es indigente o pobre, situación que afecta al 19,8% de los adolescentes de 15 a 19 años.

Gráfico Nº 3: Situación de pobreza por grupo de edad. Porcentaje de la población respectiva, Chile 2009



Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, Base de datos Casen 2009

Al desagregar por región, se observa claramente que las regiones que concentran mayor población adolescente viviendo en situación de pobreza, corresponden a la Región Metropolitana, Biobío y Valparaíso; y las regiones con menos población en situación de pobreza corresponden a las Regiones de Arica y Parinacota, Magallanes y Aysén. Respecto a la distribución por sexo, no hay diferencia significativa en la distribución de la pobreza por sexo en las distintas regiones, con excepción de la Región de Arica (Tabla Nº4).

Tabla Nº 4: Distribución de población de 10 a 19 años, viviendo en situación de pobreza, según sexo y región, Chile 2009.

Región	Hombre	Mujer	Total
Arica y Parinacota	1.494	3.540	5.034
Tarapacá	5.085	5.541	10.626
Antofagasta	4.784	3.855	8.639
Atacama	5.228	5.053	10.281
Coquimbo	12.892	13.047	25.939
Valparaíso	28.037	33.818	61.855
Libertador Bdo. O`Higgins	12.338	14.458	26.796
Maule	22.611	24.658	47.269
Biobío	51.102	49.755	100.857
La Araucanía	30.509	30.184	60.693
Los Ríos	9.143	10.321	19.464
Los Lagos	12.727	11.796	24.523
Aysén	1.447	1.272	2.719
Magallanes	1.151	1.290	2.441
RM	91.929	87.569	179.498
TOTAL	**290.477**	**296.157**	**586.634**

Fuente: Datos Ministerio de Desarrollo Social, 2011

En este mismo contexto, al desagregar según quintil de ingreso, la Tabla Nº 5 nos muestra que la mayor cantidad de población adolescente se encuentra en el I y II quintil, concentrando ambos quintiles más del 50% de la población adolescente (27,3% y 25,1%, respectivamente).

Tabla Nº 5: Distribución de la población de 10 a 19 años por quintil de ingreso autónomo, según región, Chile 2009

	QUINTIL AUTÕNOMO REGIONAL					
Región	**I**	**II**	**III**	**IV**	**V**	**Total**
Arica y Parinacota	7997	7270	6197	7567	4571	33602
Tarapacá	15071	12796	11594	9019	6324	54804
Antofagasta	24418	23407	21644	14285	8440	92194
Atacama	12684	12788	9358	9516	8830	53176
Coquimbo	29383	36364	25532	18746	13317	123342
Valparaíso	82865	73151	59408	46105	36763	298292
Libertador Bdo. O`Higgins	40477	34884	30874	21960	16145	144340
Maule	48580	40694	32761	28095	17409	167539
Biobío	95173	88503	70202	60967	41570	356415
La Araucanía	41274	45076	39084	30814	24613	180861
Los Ríos	17301	18312	11954	10068	7908	65543
Los Lagos	34202	35040	31151	26816	16888	144097
Aysén	3524	4017	4730	3445	1453	17169
Magallanes	5461	6158	4246	3467	3955	23287
RM	318485	276900	219483	165972	112600	1093440
TOTAL	**776895**	**715360**	**578220**	**456842**	**320796**	**2848113**

Fuente: Casen 2009

c) Distribución de la Población de adolescentes atendida por el Servicio Nacional de Menores (Sename)

Existe en el país un grupo de adolescentes con diversas formas de vulneración de sus derechos, que son sujetos de atención del Servicio Nacional de Menores y que requieren servicios de salud oportunos y efectivos. De acuerdo a la naturaleza de las acciones involucradas en su atención, se distribuyen en población atendida por el departamento de Justicia Juvenil y el departamento de Protección de Derechos.

La distribución de esta población es como sigue:

- **Población de adolescentes del circuito de Justicia Juvenil atendidos** (se consideran los ingresos, los que egresaron y los vigentes) durante el 2009 (Sename, 2010), (Tabla Nº 6).

Tabla Nº6: Total de adolescentes atendidos entre enero y diciembre 2009 por rango de edad:

Rango Etario	Nº	%
14-15 años	4.347	13,5%
16-17 años	16.473	51,0%
18 y más	11.462	35,5%
Total 2009	**32.282**	**100%**

Fuente: Sename, 2010

- De los 32.282, un 91% son hombres y el 9% son mujeres.
- El 23,6% se encontraba en centros de administración directa de Sename (privados de libertad) y el 76,4 % fueron atendidos por instituciones colaboradoras

- **Población de adolescentes de la línea de Protección de Derechos**

Tabla Nº 7: Población vigente al 31 de julio 2010 por rango etario

Rango etario	Mujeres	Hombres	Total
0-14	11.839	23.572	35.411
15-19	8.136	6.152	14.288
20-24	233	181	414
Total	**20.208**	**29.905**	**50.113**

Fuente: Sename, 2010

En diversos estudios sobre la situación de salud de esta población (Sename, 2004; Sename, 2006; Minsal, 2007), se da cuenta sobre la alta complejidad biopsicosocial que los afecta.

Para su abordaje, en el 2000 se establece un convenio marco entre los ministerios de Justicia, Salud y el Sename, el que señala que "debe existir mutua cooperación para el expedito acceso de los niños, niñas y adolescentes a todas aquellas prestaciones de salud que sean necesarias para su normal e integral desarrollo", manifestando con especial énfasis permitir un "rápido ingreso, la atención expedita y oportuna a los niños, niñas y adolescentes que concurran a los niveles de atención primaria, secundaria, de especialidades y exámenes, y de hospitalización, evitándoles esperas, considerando que su condición no lo hace aconsejable".

El convenio indica a su vez que la inscripción de la población infanto juvenil de los centros de administración directa de Sename, en cualquier nivel de atención, será clasificada en el grupo A del Régimen de Prestaciones de Salud que establece la Ley Nº18.469, en razón de su calidad de indigencia y dependencia del Estado para todos los efectos de su subsistencia y cuidado.

2. Características Epidemiológicas

Mortalidad y Morbilidad

Las causas de muerte y la morbilidad en la adolescencia son atribuibles significativamente a conductas de riesgo, así como, a condiciones y estilos de vida, por lo tanto, son en su mayoría modificables, lo que nos permite hablar de enfermedades prevenibles.

Las conductas de riesgo en la adolescencia, como actividad sexual desprotegida, consumo de drogas, alcohol y tabaco, sedentarismo y alimentación poco saludable, entre otras, han tenido un aumento en las últimas décadas. Se presentan con mayor frecuencia en adolescentes que provienen de hogares constituidos por familias vulnerables en relación a distintas dimensiones, como por ejemplo en familias disfuncionales, donde existen violencia intrafamiliar, maltrato, consumo de alcohol y/o sustancias, entre otras (Santander et al., 2008; Florenzano, Valdés, Santander, Calderón, Cassasus, et. al., 2008; Florenzano, Cáceres, Valdés, Calderón, Santander, Cassasus, 2009).

La evidencia indica que muchas de estas conductas y los hábitos perjudiciales para la salud que se adquieren en la adolescencia (Schutt-Aine, 2003) provocarán morbilidad o mortalidad durante la edad adulta.

Junto al tema de las conductas de riesgo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como factores de riesgo para la salud a características del contexto socioeconómico y político que conducen a la estratificación social y las relacionadas con la posición socioeconómica de las personas; éstas serían las determinantes sociales de la salud, que pueden ser estructurales y determinantes sociales intermediarios para referirse a las causas más inmediatas (educación, nivel socioeconómico, género, etnia) todas condiciones, circunstancias y conductas de vida y trabajo que influyen sobre la salud (OMS, 2007).

Muchas de las conductas de riesgo, en consecuencia, afectarán de manera importante el presente de esta población, con consecuencias negativas para su salud y desarrollo posterior. Tal es el caso de la conducta sexual de riesgo, la drogadicción y la deserción escolar entre otras. En otros casos, dichas conductas son causa de invalidez o muerte: accidentes de tránsito, suicidios y homicidios. Por otro lado, la permanencia de estas conductas de riesgo determinará una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs), afectando la calidad de su vida adulta.

Estos antecedentes permiten suponer que las acciones de salud pública realizadas en este grupo, con enfoque de curso de vida, repercutirán en el futuro disminuyendo los índices Avisa (años de vida ajustados por discapacidad) y AVPP (años de vida potencial perdido), y la carga de enfermedad en adultos y adultos mayores (Minsal, 2008), si se enmarcan en políticas públicas focalizadas, ejecutadas intersectorialmente.

a. Mortalidad

La tasa de mortalidad general en adolescentes de 10 a 19 años en el 2009, fue de 5 por 10.000 habitantes; en los adolescentes hombres, la tasa de mortalidad fue de 5,0 por 10.000 y en adolescentes mujeres fue de 2 por 10.000. En números absolutos, estas tasas corresponden a 682 adolescentes hombres y a 318 adolescentes mujeres fallecidos (Minsal, 2009a).

La principal causa de muerte durante esta etapa la constituyen las causas externas (60%), las que sumadas a las muertes por tumores malignos (12%), dan cuenta de más de dos tercios de los fallecidos (MINSAL, 2009).

La mortalidad adolescente por causas externas (accidentes, homicidios y suicidios), ha tenido un preocupante aumento en los últimos años, siendo actualmente la principal causa de muerte. Del total de muertes por causas externas, el 70,4% corresponde a adolescentes hombres y el 29,6% a adolescentes mujeres (Minsal, 2009a).

En el grupo de adolescentes de 10 a 14 años de ambos sexos, el suicidio ha aumentado en forma sostenida desde el 2000 al 2005, encontrándose tasas de 1,0 por 100.000 habitantes en el 2000 (1,1 y 0,8 por 100.000 en hombres y mujeres, respectivamente), aumentando en el 2005 a 2,6 por 100.000 (3,3 y 1,9 por 100.000 en hombres y mujeres, respectivamente).

En el grupo de adolescentes entre 15 y 19 años, la tasa de suicidios en el 2000 mostró un aumento importante (8,6 por 100.000), manteniéndose estable en el 2005 (8,9 por 100.000, Minsal, 2008c). Para el 2009, la tasa de suicidios en adolescentes de ambos sexos de 10 a 19 años, fue de 7 por 100.000, siendo mayor en los adolescentes hombres (9,4 por 100.000), que en las adolescentes mujeres (Minsal, 2009a).

La tasa de mortalidad por accidentes de tránsito en Chile es muy alta (5,2 por 100.000 hbts., DEIS, 2009), siendo la primera causa de muerte por causas externas en adolescentes y siendo ésta más alta en los hombres. (Minsal, 2010). De acuerdo a un estudio Cepal de 2004, los accidentes serían la primera causa de muerte en los adolescentes hombres y la segunda en adolescentes mujeres.

Como éste es un tema relevante y con un importante componente intersectorial, es abordado en una de las líneas de acción de la Estrategia Nacional de Salud, en el resultado esperado 2.10 (ver Estrategia Nacional de Salud 2011-2020).

b. Morbilidad

Los perfiles de morbilidad cambian dependiendo del entrenamiento del equipo de salud que realiza el diagnóstico. Los equipos con formación en adolescencia y juventud, obtienen diagnósticos diferentes a los obtenidos por equipos no capacitados, lo que se presenta como un desafío para el sistema sanitario (Minsal 2008a).

A continuación se presenta un análisis de áreas específicas de problemas de salud de adolescentes y jóvenes en Chile, relevante de destacar, que corresponden a las áreas temáticas que abordará el programa:

- Salud Mental
- Salud Sexual y Reproductiva
- Salud Nutricional
- Actividad Física vs Sedentarismo
- Enfermedades Crónicas
- Enfermedades Oncológicas
- Discapacidad
- Salud Bucal

b.1. Salud Mental

Consumo de tabaco, alcohol y sustancias, depresión y otros

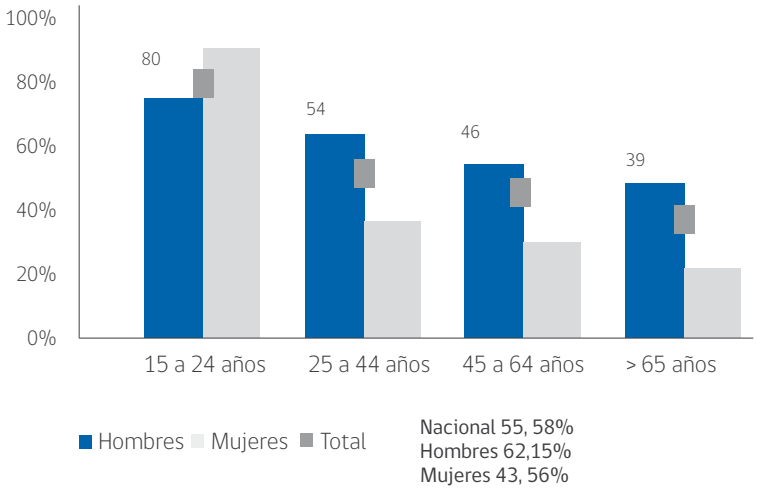
Consumo de tabaco

A pesar que Chile es uno de los países con prevalencias más altas de consumo de tabaco en escolares, se ha observado una disminución del consumo en el bienio 2005 - 2009, de 42,2% a 33,1% en los escolares entre octavo básico y cuarto medio, lo que se ha atribuido a la implementación de la ley anti tabaco en agosto de 2006. En Chile, en el 2009, las niñas en edad escolar fuman más que los niños (35,6% vs. 30,6%). La edad promedio de inicio del consumo de tabaco es a los 13 años, sin diferencias por sexo (Conace, 2010).

Consumo de alcohol

En Chile, la prevalencia mensual de consumo de alcohol es de 35,5% en toda la población escolar, sin diferencias significativas por sexo. El consumo aumenta conforme aumenta el nivel escolar, siendo significativamente superior en los alumnos de primero medio respecto a los de séptimo. La edad promedio de inicio del consumo de alcohol es a los 13,7 años, sin diferencia por sexo (Conace, 2010). Según resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, el grupo de mayor consumo en gramos de alcohol es en jóvenes de 15 a 24 años, con 80 gramos promedio de alcohol puro consumido en un día de consumo habitual.

Gráfico Nº 4: Gramos de alcohol puro consumido en un día de consumo, según sexo, ENS 2009-2010



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, MINSAL 2010

Consumo de marihuana y cocaína

Por otro lado, la prevalencia del consumo de marihuana y cocaína se ha mantenido estable entre el 2001 y 2009, sin embargo, la percepción de riesgo de su uso ha disminuido, según un estudio de Conace.

La edad promedio de inicio de consumo de marihuana es de 14,6 años, sin diferencias por sexo. El consumo de riesgo de drogas ilegales en la población de escolares, se ha mantenido elevado y estable en los últimos años, con cifras que crecen desde octavo básico hasta cuarto medio (Conace, 2010).

De acuerdo al informe Conace, 2009, es importante tener en cuenta que existe aumento de consumo de marihuana, cocaína, pasta base y tabaco en escolares de octavo básico (Ver Tabla Nº 8).

Tabla Nº8: Consumo de Alcohol y Sustancias en Adolescentes

Prevalencia de consumo de alcohol o sustancias Conace (2009)	Alcohol		12 a 18 años	36%
	Marihuana	8º básico	2007 2009	5,3% 6,5%
	Cocaína	8º básico	2007 2009	1,7% 3,4 %
	Pasta base	8º básico	2007 2009	1,7% 2,1%
	Tabaco	8º básico	2007 2009	5,0% 5,3%

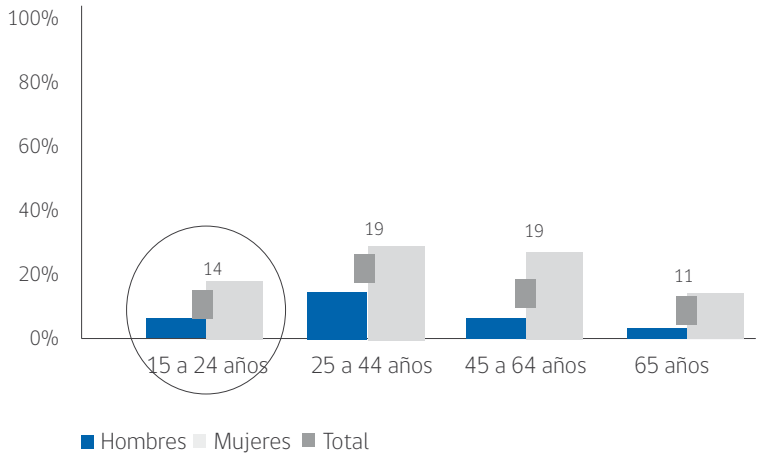
Fuente: Conace, 2009. 8º Estudio Nacional de drogas población escolar

Depresión

La depresión es una patología de salud mental presente en la población de adolescentes y jóvenes; la sintomatología depresiva presenta una prevalencia de 14% en población de 15 a 24 años, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, siendo más alta en mujeres (Gráfico Nº5) (Minsal, 2010a).

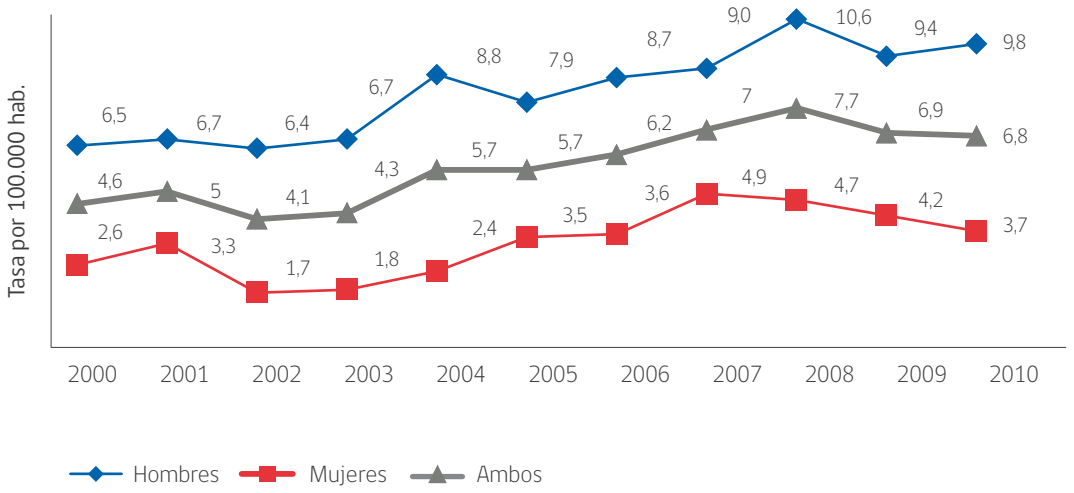
Estrechamente vinculado al tema de salud mental, está el suicidio de adolescentes y jóvenes, cuya descripción se ha realizado en páginas anteriores y cuya reducción es una de las metas de impacto propuestas para dar cumplimiento a los objetivos sanitarios de la década en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, (Gráfico Nº 6).

Gráfico Nº5: Prevalencia síntomas depresivos último año, ENS 2009-2010



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-2010

Gráfico Nº6: Tasa de mortalidad por lesiones autoinflingidas en adolescentes de 10 a 19 años, según sexo, Chile 2010



Fuente: Elaboración propia, base de datos DEIS, MINSAL 2010.

Violencia

De acuerdo a lo informado en la VI Encuesta del Instituto Nacional de la Juventud (Injuv), se observa declaración de violencia física al interior de la pareja en un 4,6% de adolescentes de 15 a 19 años y en un 8,0% de jóvenes. Lo mismo sucede con la violencia psicológica, presentándose en un 9,9% de adolescentes y en un 16,8% de jóvenes. Las mujeres declaran en mayor proporción haber sufrido violencia física.

La declaración de violencia tiende a aumentar a medida que se desciende en posición socioeconómica, siendo las diferencias estadísticamente significativas en los grupos extremos (Injuv, 2010).

Trastorno Hipercinético y de Atención

El Trastorno Hipercinético y de Atención (THA) es un cuadro clínico que frecuentemente puede persistir hacia la adolescencia y vida adulta (National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement, 2000; Volkmar, F., 2003), lo cual ha sido demostrado por estudios de seguimiento, siendo una línea de investigación las manifestaciones de este cuadro en adultos (Cuffe, S., Mckeown, R., Jackson, K., & cols. 2001).

En Chile, la prevalencia de trastornos hipercinéticos es alta. Se ha encontrado un 6,2% de ese trastorno en población escolar de 1º básico y 1,4% en población de 6º básico (Toledo, V., De la Barra, F., & cols., 1997). Grupos de expertos han estimado para la población escolar chilena un 4% de prevalencia en población entre 1º a 8º año de enseñanza básica y 3% entre 1º y 4º año de enseñanza media (Minsal, 2008). El trastorno se presenta más en niños que en niñas (cuociente 9:1 en población escolar).

Si bien, el THA aumenta el riesgo de abuso de alcohol y drogas hacia la adolescencia o adultez, principalmente cuando se asocia a trastornos disociales, dicho riesgo es menor en

los niños y niñas que reciben tratamiento con psicoestimulantes, en relación a los no tratados (Wilens, T., Faraone, S. & cols., 2003; Molina, B., Smith, W. 1999; Barkley, R. & cols., 2003; Brooke, S. & Bradley, P. 1999).

Trastornos de la Conducta Alimentaria

El trastorno de la conducta alimentaria es un problema emergente, del cual aún se tienen insuficientes estudios locales; uno de ellos, Correa (2006), encontró en una muestra no probabilística de escolares mujeres entre 11 y 19 años de edad, usando el test de screening EDI-2, una prevalencia de riesgo de trastornos de conducta alimentaria de un 8,3%, sin diferencias estadísticamente significativas por nivel socioeconómico ni por grupos de edad (Correa, Zubarew, Silva & Romero, 2006). Es un problema que por su seriedad y su prevalencia en aumento debe tenerse en cuenta y debe ser abordado integralmente por los equipos de salud.

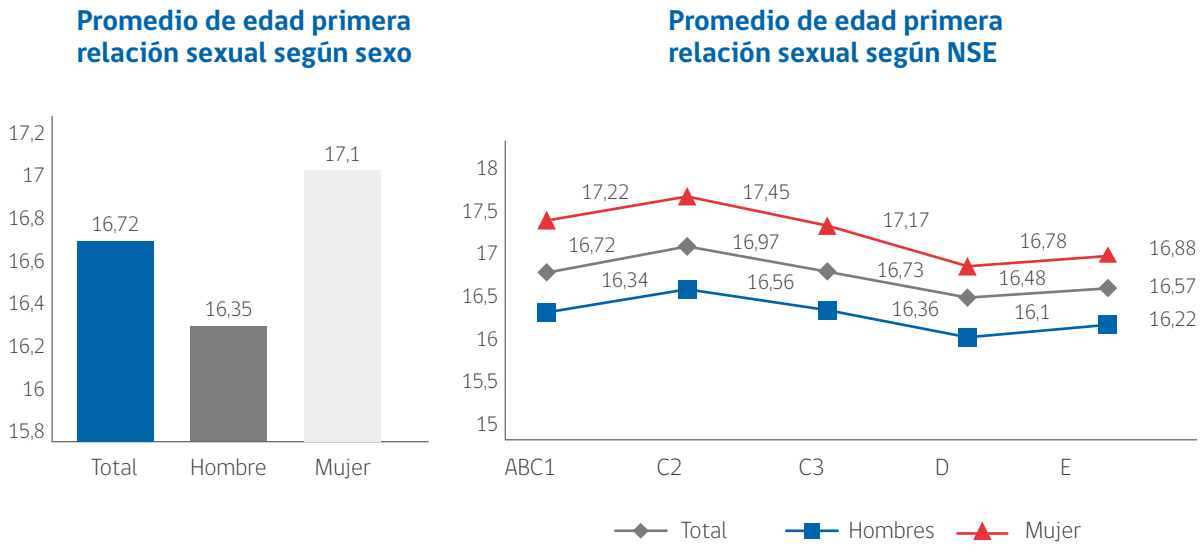
b.2. Salud Sexual y Reproductiva

Inicio de actividad sexual

La sexualidad en adolescentes es dinámica y ha experimentado cambios importantes en las últimas décadas. El 48% de adolescentes de 15 a 19 años declara haber iniciado su vida sexual. La edad de inicio promedio es 16,4 años en hombres y 17,1 años en las mujeres, presentándose un adelanto de las edades de iniciación respecto de años anteriores, especialmente entre las mujeres, las que en 1997 mostraban una edad promedio de inicio de relaciones sexuales de 18 años (Injuv, 2010).

Se distinguen diferencias sutiles por nivel socioeconómico, donde los segmentos socioeconómicos más acomodados inician su actividad sexual algo más tarde, como se observa en el Gráfico Nº7 (Injuv, 2010).

Gráfico Nº7: Promedio de edad primera relación sexual, según sexo y nivel socioeconómico



Fuente: VI Encuesta Nacional de la Juventud, Injuv 2009

En el 2007, se registraban 3.626 menores de 15 años y 133.580 adolescentes entre 15 y 19 años como usuarios de métodos anticonceptivos en el sistema público de salud.

Existe un claro gradiente de uso de anticonceptivos, según nivel socioeconómico, de manera que el uso en el grupo de nivel socioeconómico ABC1, es de 76,1% en comparación con el nivel socioeconómico E, que usa anticoncepción en la primera relación sólo en el 39,3% (Injuv, 2010); esto podría explicarse por inequidad en el acceso a métodos anticonceptivos (MAC), o por razones culturales para no usarlos en grupos menos favorecidos (Sadler, M., Obach, A., Luengo, X., Biggs, A. 2011).

En cuanto al uso de preservativos en la primera relación sexual, considerado un predictor del uso posterior (Palma, I. 2008), indica que existe un importante incremento de uso en el grupo de 18 a 24 años en la última década; en 1998, el uso era de 18% y en 2009-2010, el uso era de 56,7% (Conasida).

También en el uso de preservativos, existe una diferencia de uso por nivel socioeconómico, de tal forma que los usan más en la primera relación, aquellos adolescentes de mayor nivel socioeconómico.

Por otro lado, el uso consistente de condón también ha aumentado en forma importante, desde un 23% en 1998, a un 43,8% en el 2006 (Estrategia Nacional de Salud, 2011).

Aspectos reproductivos

En el Sistema Público de Salud, a diciembre del 2009, la población bajo control de embarazadas, según edades, está representada por un 0,8% de menores de 15 años; 20,8% de 15 a 19 años; y 28,4% de 20 a 24 años. Desde la perspectiva epidemiológica, el embarazo en la adolescencia suele ser clasificado en dos grandes grupos, según la edad de la madre: adolescentes menores de 15 años, y adolescentes entre 15 y 19 años, por lo que se abordarán por separado.

La tasa de fecundidad adolescente muestra un progresivo ascenso en las adolescentes de 15 a 19 años siendo de 48,77 por 1.000 mujeres de esa edad en el 2004 y llegando a 54,52 por 1.000 mujeres de 15-19 años en el 2009.

De igual manera, en el 2005, la tasa de fecundidad de adolescentes de entre 10 y 14 años era de 1,28 por cada 1.000 mujeres de ese rango etario, al 2009 observamos un leve ascenso llegando a 1,57 x 1000 (Minsal, 2009a).

Si bien las tasas de fecundidad adolescente son mayores en el grupo de 15 a 19 años, el grupo de adolescentes menores de 14 años, merece especial atención y priorización de acciones. Una alta proporción de los embarazos en este grupo no son deseados y podrían ser originados por abusos sexuales
(Tabla Nº 9).

Tabla Nº9: Tasa de Fecundidad Adolescente, Chile 2000-2009

CHILE	Nacidos vivos hijos de madre menor de 15 años	TFE x 1000 mujeres menores de 15 años	Nacidos vivos hijos de madres entre 15 Y 19 años	TFE x 1000 mujeres 15-19 años
2000	1.055	1,59	39.257	61,92
2001	1.162	1,61	38.722	60,00
2002	1.118	1,54	36.500	55,44
2003	994	1,37	33.838	50,32
2004	906	1,24	33.522	48,77
2005	935	1,28	35.143	50,13
2006	954	1,33	36.819	52,31
2007	955	1,36	38.650	54,66
2008	1025	1,5	39.902	54,9
2009	1075	1,57	39.627	54,52

Fuente: Elaboración propia, base de datos DEIS- Minsal, 2010

El segundo embarazo en adolescentes ha aumentado en números absolutos en Chile, de 4.056 en el 2008 a 5.880 el 2009 (INE, 2008, 2009). Algunas razones por las que las adolescentes repiten el embarazo son: efecto adverso de métodos anticonceptivos, actividad sexual no planificada y falta de motivación para posponer el embarazo (Dides, Benavente & Moran, 2008).

Las tasas de fertilidad de adolescentes están estrechamente relacionadas con el nivel socioeconómico de la población, con cifras significativamente más altas en los sectores de menores ingresos, lo que apoya fuertemente que esta problemática reproduce las inequidades sociales (Dides & cols., 2008).

Del total de gestantes bajo control en nuestro sistema público de salud (99.805 gestantes a diciembre 2010), el 35,5% presenta riesgo psicosocial, según criterios de pauta [13] aplicada al ingreso a control prenatal; de éstas, el 21,3% corresponden a adolescentes de 10-19 años. De las menores de 15 años bajo control (828), el 85,4% presenta riesgo psicosocial, y de las adolescentes de 15 a 19 años bajo control (20.492), el 56,9% se encuentra en esa misma condición (Minsal, 2010).

Respecto de la situación nutricional, del total de embarazadas bajo control el 6,2% se encuentra bajo peso y el 23%, obesa. Si desagregamos por grupo etario, las menores de 15 años presentan una prevalencia de bajo peso y obesidad del 17% y 6% respectivamente, en tanto el 12% de las embarazadas de 15 a 19 años están en la categoría bajo peso y un 12% en categoría obesa.

Se observa, por tanto, que en ambos grupos de adolescentes la prevalencia de bajo peso

[13] Pauta EPSA evalúa: escolaridad menor a 6º básico, ingreso tardío a control prenatal, embarazo no aceptado, edad menor a 17 años, 11 meses, ausencia de figura de apoyo, presencia de síntomas depresivos, uso o abuso de sustancias, violencia de género

es mayor que en la población general de gestantes bajo control, a diferencia del porcentaje de obesas que es bastante menor que la población de embarazadas en general (Minsal, 2011c).

El embarazo en la adolescencia es considerado una problemática social vinculada a los derechos sexuales y reproductivos. Reproduce inequidades sociales importantes dentro de las estructuras poblacionales, profundizando además las desigualdades en las relaciones de género y acrecentando la vulnerabilidad de las mujeres. Se vincula, por otro lado, con riesgo obstétrico para la madre adolescente como para los hijos de estas madres (OMS, 2011).

Infecciones de transmisión sexual

Se considera que las ITS se relacionan estrictamente con prácticas de sexo inseguro, con excepción del caso de transmisión vertical de madre a hijo (Slaymaker, et. al., 2004).
Es muy importante considerar que aunque en nuestro país las ITS afectan mayormente a personas mayores de 20 años, en los últimos 10 años, el 55% de las personas notificadas fueron adolescentes y jóvenes (Estrategia Nacional de Salud, 2011)

En el caso de VIH/SIDA, el mayor número de casos notificados se concentra entre los 20 y 24 años, con tasas que van desde 30,9 a 102,8 por 100.000 hbts. en los quinquenios analizados desde 1987 a 2006. Sin embargo, entre los 10 a 19 años, se observa un incremento en las tasas de notificación en los dos últimos quinquenios analizados (7,2 y 9,0 por 100.000) (Minsal, 2009b).

Respecto a las infecciones de transmisión sexual (ITS), la información disponible respecto de la vigilancia en los centros centinela, refiere que para el trienio 2006-2008, se notificaron 98 casos en edades entre los 0 y 14 años, correspondiendo el 71,4% a adolescentes mujeres; y para el grupo de 15 a 19 años, 698 casos (12,3% del total), donde el 71.8% corresponde a adolescentes mujeres y el 28.2% a hombres.

b.3 Salud Nutricional: Actividad Física

La encuesta mundial de salud escolar chilena del 2004 (EMSE) revela un 85% de sedentarismo en hombres y 92,8% en mujeres de 13 a 15 años, definido sedentarismo como la práctica de actividad física menor de una hora al día (OPS/OMS, 2010).

Estas cifras son alarmantes e implican un enorme desafío para el Programa, en el diseño de estrategias de intervención que permitan cambiar las conductas en este grupo etario, teniendo en cuenta el impacto que el sedentarismo tiene en la emergencia de la ECNTs.

En esta misma encuesta, el consumo diario de frutas bordeó el 20%, el de verduras se encontró entre 30-37%, y el consumo diario de lácteos fue del 29-39%; la prevalencia de sobrepeso fue del 24,8-28,4%, sin diferencias por sexo entre las regiones de la muestra y la de obesidad del 6,7-8,1%.

Por otro lado, el primer informe del sistema de evaluación de la calidad de la educación, Simce de educación física en octavo básico del 2010, reporta la alarmante cifra de 40,2%

de sobrepeso u obesidad por IMC, en los estudiantes de ese nivel. El mismo estudio revela que sólo el 9,2% de los estudiantes posee una condición física satisfactoria (Mineduc, 2010). Junto al sedentarismo, se agrega un nuevo factor de riesgo para las ECNTs.

El progresivo aumento del sedentarismo y los hábitos alimentarios inadecuados a medida que transcurre la adolescencia, explican el aumento alarmante del sobrepeso y obesidad (Mineduc, 2010), de manera que cada vez con mayor frecuencia y a menor edad se inician complicaciones metabólicas como: Hipertensión Arterial, Dislipidemias, Resistencia a la Insulina e Intolerancia a los Hidratos de Carbono.

b.4 Enfermedades Crónicas en Adolescentes

En Chile, el 84% de la carga de enfermedad en población general obedece a las Enfermedades Crónicas (EC), mientras que el 12% corresponde al grupo de lesiones (Minsal, 2008; Minsal, 2011).

En ambos grupos, el componente de discapacidad de la carga de enfermedad supera al de muertes prematuras. El 83% del total de la carga de enfermedad se concentra en 8 grupos de causas, predominando las condiciones neuropsiquiátricas responsables de un 23,2% del total de Avisa. Le siguen el grupo de enfermedades digestivas (15,8%) y las enfermedades cardiovasculares (12,1%).

El grupo de lesiones no intencionales se ubica en el cuarto lugar (7,7%), mientras que las lesiones intencionales se ubican en la octava posición (3,8%) (Minsal, 2008; Minsal, 2011).

Las principales causas de enfermedad y de riesgo que enfrenta este grupo etario en este período, están vinculadas a sus estilos de vida, comportamientos y factores psicosociales.

Al desagregar los datos de la Encuesta Nacional de Salud, ENS 2009-2010, encontramos una alta prevalencia de enfermedades crónicas en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años (Tabla Nº10), que serán condiciones de riesgo en las etapas posteriores de la vida. Por esta razón, la propuesta del Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes ha integrado para su abordaje estrategias promocionales y preventivas en los próximos diez años.

Tabla Nº10: Prevalencias de problemas de salud en población de 15 a 24 años, según ENS 2009-2010

PROBLEMAS DE SALUD	PROMEDIO	HOMBRES	MUJERES
Consumo de tabaco (fumador actual)	46%	48%	43%
Obesidad (incluida obesidad mórbida)	11%	9%	13%
Sobrepeso	27%	28%	25%
Sedentarismo de tiempo libre	76%	60%	91%
Síntomas depresivos último año	14%	8%	22%
Presión arterial elevada	2,6%	4%	1,2%
Colesterol total elevado (>200 y >240 mg/dl)	13,1%	12,9%	13,3%
Diabetes	0,4%	0,2%	0,6%
Síndrome metabólico	8,8%	10,5%	7,4%
Riesgo cardiovascular	3,3%	3,5%	3,1%

Fuente: Elaboración propia Depto. Ciclo Vital, a partir de datos ENS 2009-2010, Minsal, 2011.

b.5 Enfermedades Oncológicas

Los antecedentes epidemiológicos indican que las enfermedades oncológicas son de alta prevalencia en el grupo de adolescentes y jóvenes. En este grupo etario es la tercera causa de muerte. El objetivo general del Programa Nacional de Cáncer es "disminuir la aparición de casos nuevos (incidencia) y evitar la mortalidad precoz en tumores malignos curables, a través de intervenciones de probada calidad, priorizadas, que incorporen desde la promoción hasta la paliación con acciones integradas, integrales y participativas, en una red articulada y funcionante, que garantice equidad, continuidad, resolución y satisfacción a todos los habitantes del país".

En relación a la morbilidad en adolescentes, el Programa de Oncología otorga en los establecimientos de salud, información sobre control de factores de riesgo, detección precoz, tratamiento adecuado, continuidad de los cuidados. Los cánceres más frecuentes en este grupo de edad son: Linfoma de Hodgkin, Cáncer de Testículo, Leucemias agudas, Osteosarcoma y Sarcoma de Ewing.

La incidencia de cánceres en la población adolescente

En la actualidad, el número de casos nuevos de cáncer estimados para el grupo de 10 a 14 años es de 199. Por lo que la tasa de incidencia estimada en adolescentes de 10 a 14 años es de 15 x 100 mil.

El número de casos nuevos de cáncer estimados para el grupo de 15 a 19 años es de 3572. La tasa de incidencia estimada para adolescentes de 15 a 19 años es de 240 x 100 mil.

Cobertura del Programa de Cáncer en la población adolescente

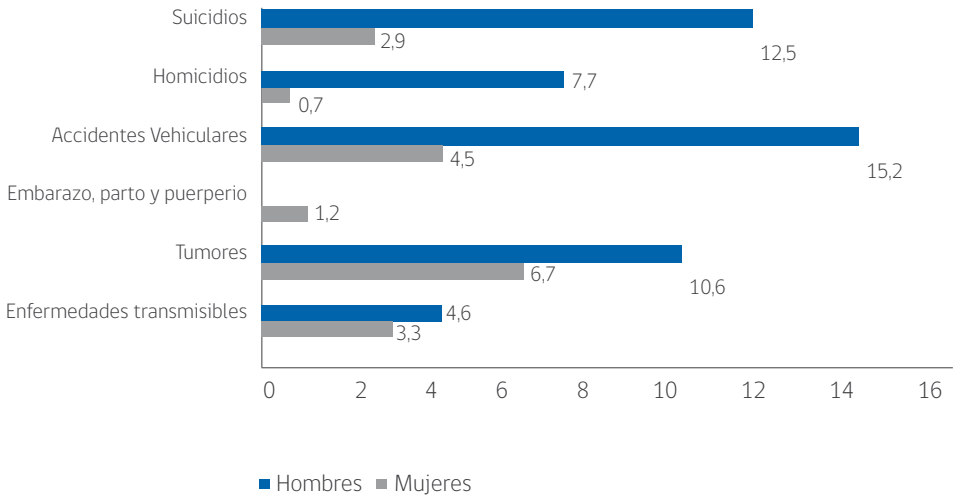
Todos los cánceres en menores de 15 años están incluidos en el régimen AUGE. Por otro lado, los cánceres en mayores de 15 años incluidos en AUGE son: Linfoma de Hodgkin, Cáncer de Testículo, Leucemias agudas y crónicas. Otros cánceres no AUGE en mayores de 15 años, como el osteosarcoma, sarcoma de Ewing, Colon, Recto Ano, se incluyen sólo para indigentes y pertenecientes al seguro de salud público, a través del Programa de Complejas de Fonasa.

Mortalidad por causas oncológicas en adolescentes

La mortalidad por causas oncológicas es la tercera causa de muerte en este grupo etario, según las cifras de DEIS, Minsal, 2009, (Ver Gráfico Nº 8).

En relación con la mortalidad observada existen diferencias según tipo de localización y grupo de edad. La causa de mayor prevalencia en ambos grupos son: Leucemias, SNC, y Linfoma No Hodgkin

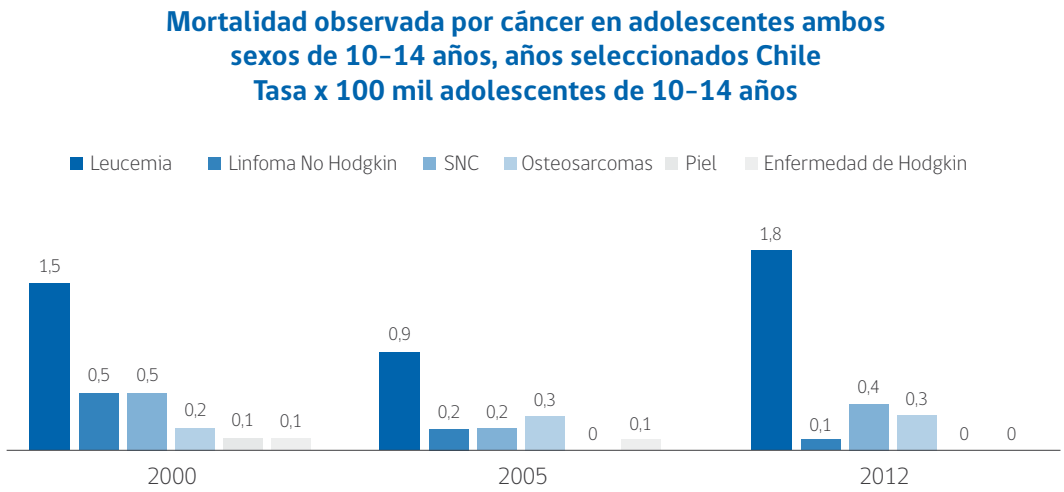
Gráfico Nº 8: Principales causas de muerte en adolescentes (Tasa)



Fuente: Cepal-OIJ (2004) Juventud Iberoamericana: tendencias y urgencias

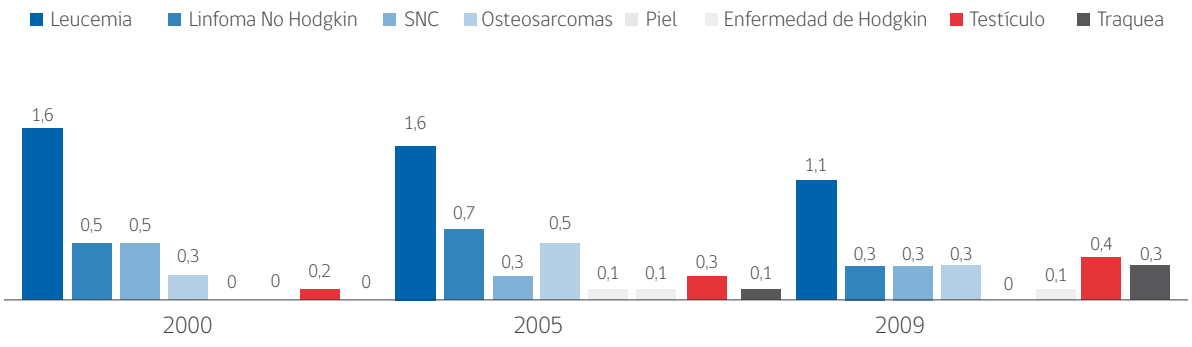
En relación a la mortalidad por enfermedades oncológicas en adolescentes mujeres, se puede observar que existe un aumento de las tasas de Leucemias y de Osteosarcomas entre los años 2000 a 2009 (ver Gráficos Nº 9 y Nº 10).

Gráfico Nº9: Mortalidad Observada por Cáncer en Adolescentes de 10-14 años



Fuente: DEIS, Unidad de Cáncer Minsal, 2011

Gráfico Nº10: Mortalidad Observada por Cáncer Adolescentes 15 a 19 años



Fuente: DEIS, Unidad de Cáncer Minsal, 2011

b.5 Discapacidad

Según el Censo 2002, las personas que presentan una o más discapacidades alcanzaban a 334.377, lo que equivale al 2,2% de la población total del país. De este total, 178.563 (53,4%) son hombres y 155.814 (46,6%) son mujeres.

Actualmente existe poca información relativa a situación de discapacidad en la población adolescente, pues la invisibilidad del segmento etario en los sistemas de información es un hecho innegable. A pesar de lo anterior, si se analizan los datos entregados por la Encuesta Nacional de Discapacidad 2004 (Endisc-2004), es posible identificar que aproximadamente el 38,0% de las personas encuestadas presentan algún grado de discapacidad y se encuentran entre los 13 y los 20 años. El 36,7% de este grupo informa como origen principal de la situación de discapacidad la causa mental intelectual, seguida por un 17,4% de origen sensorial visual, 15,3% de origen físico, un 13,4% de origen mental psiquiátrica, un 10,2% de carácter múltiple y un 7,0% de origen sensorial auditivo en el segmento etario.

Según los datos entregados por Senadis, 86.215 personas se encuentran en situación de discapacidad en este segmento, quedando aún pendiente un estudio más profundo acerca del grado de inclusión social, educativa y laboral, así como aspectos vocacionales relevantes en este segmento (Tabla Nº 11).

Tabla Nº11: Población con discapacidad (13 y 20 años)

Tipo de Discapacidad	Población entre 13 y 20 años	
	Nº	**%**
Física	13150	15,3
Intelectual	31657	36,7
Psiquiátrica	11587	13,4
Múltiples	8772	10,2
Visual	14976	17,4
Auditiva	6073	7
TOTAL	**86215**	**100**

FUENTE: Depto. de Salud Senadis - 2010

b.6 Morbilidad en la Salud Bucal de Adolescentes y Jóvenes

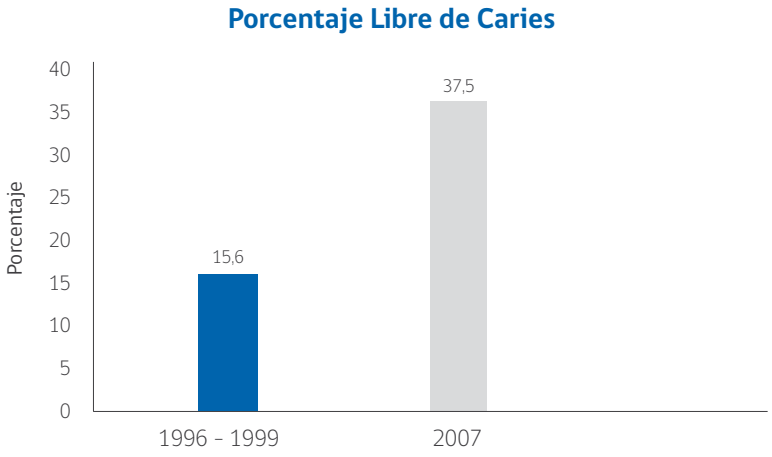
El Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años, realizado el 2007, evaluó las enfermedades bucales más prevalentes, entre otras, la prevalencia de caries dentales, gingivitis y anomalías dentomaxilares (Soto, Tapia, Jara, Rodríguez, Urbina, 2007).

Caries dentales

En ese estudio se estableció que los niños libres de caries han aumentado significativamente desde 1996 al 2007 (Gráfico Nº11). La población adolescente libres de caries han aumentado en 2,4 veces entre 1996-99 y el año 2007. Por cada adolescente mujer libre de caries existen 1,14 hombres en la misma con-

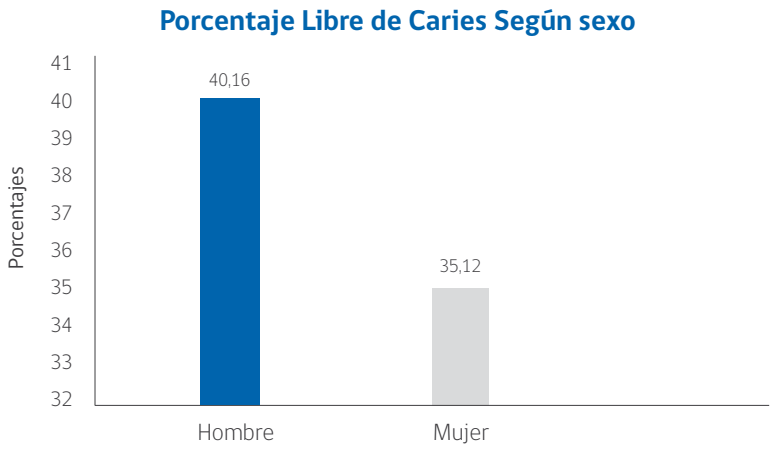
dición (Gráfico 12). Por cada adolescente libre de caries en el NSE bajo existen 1,2 del NSE medio y 2,3 del NSE alto (Gráfico Nº 13). Por cada adolescente libre de caries en el sector rural hay 1,8 en el sector urbano (Gráfico Nº 14).

Gráfico Nº11: Tendencia Adolescentes Libres de Caries de 12 años. Años 1996-1999 al 2007.



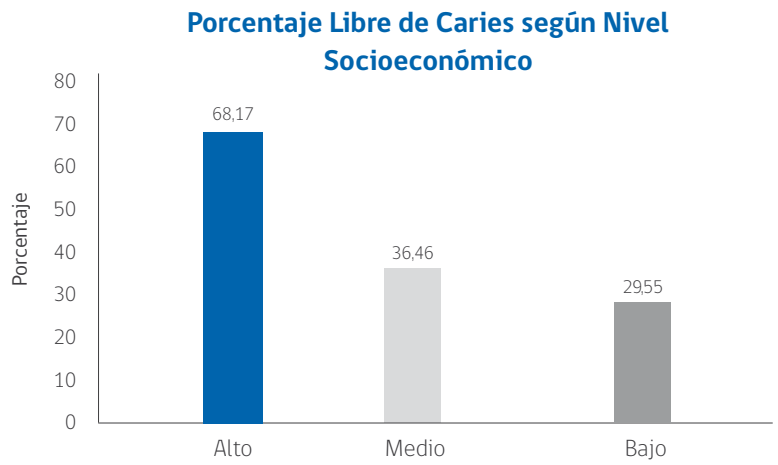
Fuente: Salud Bucal Minsal

Gráfico Nº12: Adolescentes Libres de Caries de 12 años, según sexo



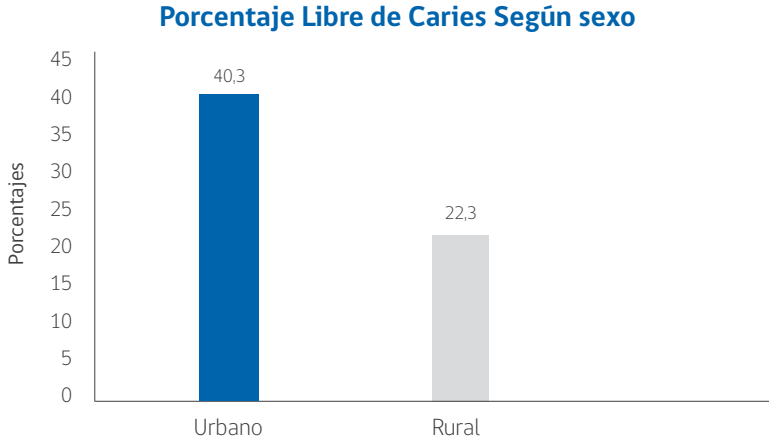
Fuente: Salud Bucal Minsal

Gráfico Nº13: Adolescentes Libres de Caries de 12 años, según NSE



Fuente: Salud Bucal Minsal

Gráfico Nº14: Adolescentes Libres de Caries de 12 años, según Localización Geográfica



Fuente: Salud Bucal, Minsal

Severidad de caries

En el citado estudio se observó que el índice que mide daño bucal por caries (COPD), que resulta de la sumatoria de piezas dentarias permanentes cariadas, perdidas y obturadas, es de 1,9 y cumple con uno de los Objetivos Sanitarios Odontológicos elaborados para la década 2000-2010. El COPD es significativamente mayor en mujeres y en el NSE 3 (Tabla Nº 12). Los adolescentes que viven en localidades rurales, presentan significativamente una mayor severidad en caries que aquellos que viven en localidades urbanas. [14]

[14] Información del Departamento de Salud Bucal del Minsal 2010

Tabla Nº12: Índice COPD* en adolescentes de 12 años. Chile 2007

Edad	Nº	C	O	P	COPD
12 años	2232	Media = 0,75	Media = 1,039	Media = 0,112	Media =1,9
		DS =1,35	DS =1,75	D =0,43	DS =2,2
		I.C: [0,694:0,806]	I.C: [0,966:1,112]	I.C: [0,09:0,13]	I.C: [1,81:1,99]

* C= cariado; O=obturado; P= perdido por caries; D= unidad de análisis: diente

Gingivitis

La prevalencia de gingivitis observada fue de un 67%, expresada en un 39% de adolescentes con sangrado al sondaje y un 28% con presencia de cálculos. Hay diferencias significativas por nivel socioeconómico. La prevalencia de gingivitis, según NSE, corresponde a 48,2% NSE Alto, 65% NSE Medio, 74% NSE. El 35% de individuos pertenecientes a la población urbana tienen encías sanas versus el 21,1% de la población rural. [15]

Anomalías Dento-Maxilares

El 53% de los adolescentes de 12 años presentan algún tipo de anomalías dento maxilares (ADM), con un 16% de tipo leve y el 37% moderada. [16]

[15] Idem

[16] Idem

c. Respuesta actual del sistema de salud

En materia de atención preventiva a adolescentes, el sistema público de salud ha centrado los esfuerzos principalmente en población mayor de 15 años, con la inclusión, desde el 2005, como garantía explícita el Examen de Salud de Medicina Preventiva (EMPA) a mayores de 15 años. Como también, acceso a otras garantías explícitas (GES) como muestra la Tabla N° 14.

Por otro lado, a partir del 2009, se da inicio a la incorporación de espacios para atención amigable de adolescentes (EAA) bajo recomendaciones de OMS/OPS, cuyas características generales son: enfoque promocional-preventivo, respeto a privacidad, acceso en horarios diferenciados, atención amigable y con personal capacitado, entre otras.

Se instalan 54 Espacios de Atención Amigables (EAA) en la red, ubicados en igual número de comunas. Para continuar avanzando esta estrategia de atención diferenciada se requiere de voluntad política y decisiones municipales que fomenten su instalación en los establecimientos de salud del territorio. Al 2012 se cuenta con 106 espacios de atención amigable/diferenciada para adolescentes, 58 con financiamiento del nivel central y 48 con financiamiento local (municipal y de servicios de salud).
A partir del 2011, un avance importante lo constituye la implementación del Control de Salud Integral como una meta sanitaria, dando un gran paso para su validación. En efecto, su incorporación al Índice de Actividad de Atención Primaria de Salud (Iaaps) en la población de 10 a 14 años marca un hito y establece el desafío a la entrega de servicios de calidad para este grupo.

La meta para el 2011 fue de un 5% de la población inscrita de este grupo, aproximadamente 45.000 controles. En los próximos años y en forma progresiva y con foco en población adolescente vulnerable, se continuará hasta alcanzar al 100% de este grupo al menos con un control anual. Este paso permitirá contar con una mayor oportunidad y accesibilidad en la atención al conjunto de necesidades de salud que actualmente no son visibilizadas y contribuirá a facilitar el cumplimiento de los objetivos sanitarios para la década.

Cabe señalar que este modelo de atención ha significado un importante aumento de la cobertura asistencial, reflejado sobre todo en mayor consulta en áreas como salud sexual y reproductiva, alimentación y salud mental. Las cifras indican brechas en la respuesta a la demanda estimada en el grupo de adolescentes.

d. Garantías Explícitas en Salud en Población Adolescente y Joven

Las patologías que tienen garantías explícitas en salud de adolescentes y jóvenes y, por lo tanto, cuentan con marco regulatorio y guías clínicas para su manejo, son las siguientes:

Tabla N°13: Garantías Explícitas en Salud en Población Adolescente y Joven

GES	Nombre	Observaciones
Examen de Medicina Preventiva al mayor de 15 años	Guía Clínica: Examen Medicina Preventiva	2008 Adultos 15 años y más
Tratamiento esquizofrenia	Guía Clínica: Tratamiento de Personas desde el Primer Episodio de Esquizofrenia	2009 Adolescentes con primer episodio
Tratamiento Quirúrgico Escoliosis	Guía Clínica: Tratamiento Quirúrgico Escoliosis en menores de 25 años	Actualizada 2010 Menores 25 años
Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos	Guía Clínica: Alivio del dolor por cáncer avanzado y Cuidados Paliativos	2005
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/ SIDA	Guia Clínica: Síndrome de imunodeficiência adquirida VIH / SIDA	Actualizada 2010
Insuficiencia renal crónica terminal	Guia Clínica: Insuficiencia Renal Crónica Terminal.	2005 Incorpora diferenciadamente menores y mayores de 15 años
Prevención del Parto Prematuro	Guía Clínica: Prevención del Parto Prematuro	Actualizada 2010 No hace alusión como factor de riesgo a población de adolescentes
Hemofilia	Guía Clínica: Hemofilia	2010
Fisura labiopalatina	Guía Clínica: Fisura Labiopalatina	2009 Incorpora tratamiento adolescentes 10-15 años
Cardiopatías congénitas operables	Guía Clínica: Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años	2010 Comprende adolescentes entre 10 y 14 años
Linfomas y tumores sólidos	Guía Clínica: Linfomas y tumores sólidos en menores de 15 años	2010 Comprende adolescentes entre 10 y 14 años

Leucemia	Guía Clínica: Leucemia en menores de 15 años	2010 Comprende adolescentes entre 10 y 14 años
Linfomas	Guía Clínica: Linfomas en personas de 15 años y más	2010 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años y jóvenes entre 20 y 24 años
Cáncer de mama	Guía Clínica: Cáncer de mama en personas de 15 años y más	2010 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años y jóvenes entre 20 y 24 años
Cáncer de testículo	Guía Clínica: Cáncer de testículo en personas de 15 años y más.	2010 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años y jóvenes entre 20 y 24 años.
Hipertensión	Guía Clínica: Hipertensión primaria esencial, en personas de 15 años y más	2010 Comprende adolescentes entre 15 y 19 años y jóvenes entre 20 y 24 años
Epilepsia	Guía Clínica: Epilepsia en Niños	2008 Epilepsia no refractaria en personas de 1 año y menores de 15 años
Asma bronquial	Guía Clínica: Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años	2011 Comprende adolescentes entre 10 - 14 años
Diabetes tipo I y II	Guía Clínica: Diabetes tipo I Guia Clínica: Diabetes tipo II	2005 Comprende adolescentes entre 10 y 19 años y jóvenes 20-24 años
Trastornos de generación de impulso cardíaco y conducción en personas de 15 años y más que requieren marcapaso.	Guía Clínica: Trastornos de generación de impulso cardíaco y conducción en personas de 15 años y más que requieren marcapaso	2011 Comprende adolescentes entre 15 años y 19 años y jóvenes de 20-24 años

Cáncer de próstata en personas de 15 años y más	Guía Clínica: Cáncer de próstata en personas de 15 años y más	2010 Comprende adolescentes entre 15 años y 19 años y jóvenes 20-24 años
Depresión en personas de 15 años y más	Guía Clínica: Personas con depresión	2009 Comprende adolescentes Entre 15 años y 19 años y jóvenes 20-24 años
Consumo perjudicial alcohol y drogas 10 a 19 años	Guía Clínica: Consumo perjudicial de alcohol y drogas en menores de 20 años	2007 Comprende adolescentes 10-19 años
Atención odontológica integral de la embarazada	Guía Clínica: Atención odontológica integral de la embarazada	2008 Comprende adolescentes embarazadas menores 15 años; entre 15 19 años y jóvenes 20-24 años
Artritis Idiopática Juvenil	Guía Clínica: Artritis idiopática juvenil Artritis reumatoidea juvenil	2010

III. MARCO TEÓRICO

MODELOS DE ATENCIÓN DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

Modelo de servicios de salud de calidad para adolescentes

El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, se basa en el marco conceptual de servicios de salud de calidad para adolescentes de la OPS/OMS. La OPS propicia la estrategia de Integración del Manejo de Adolescentes y sus necesidades (IMAN, 2010), que busca mejorar la salud y desarrollo de adolescentes en las Américas, mediante una atención integral y multidisciplinaria, e intervenciones integradas en múltiples niveles de influencia: individuo, familia, comunidad, sociedad y servicios de salud.

El Programa Nacional busca mejorar los sistemas y servicios de salud integrales y de calidad para atender las necesidades de esta población objetivo, haciendo hincapié en el nivel primario de atención de salud. La OPS define a los servicios de salud diferenciados de calidad como aquéllos que cumplen con las siguientes características:

- Espacios físicos agradables, atractivos y cercanos para adolescentes, con disponibilidad de material educativo, acorde a las necesidades de los adolescentes y sus familias.
- Servicios que aseguren accesibilidad en cuanto a horarios de atención, tiempos de espera, gratuidad.
- Servicios que aseguren la accesibilidad, respetando la cultura, la diversidad y sin discriminación alguna.
- Servicios que incorporen enfoque de derechos, determinantes sociales, género y pertinencia cultural y geográfica.
- Servicios que facilitan la participación de adolescentes y su empoderamiento.
- Servicios integrados y articulados con los establecimientos educacionales, que reactiven trabajo de "Comisión Mixta Salud-Educación" y desarrollen un Programa de Salud Escolar Integral.
- Servicios que promueven los canales de participación comunitaria, e incluyan a las familias, las escuelas y a toda la comunidad.

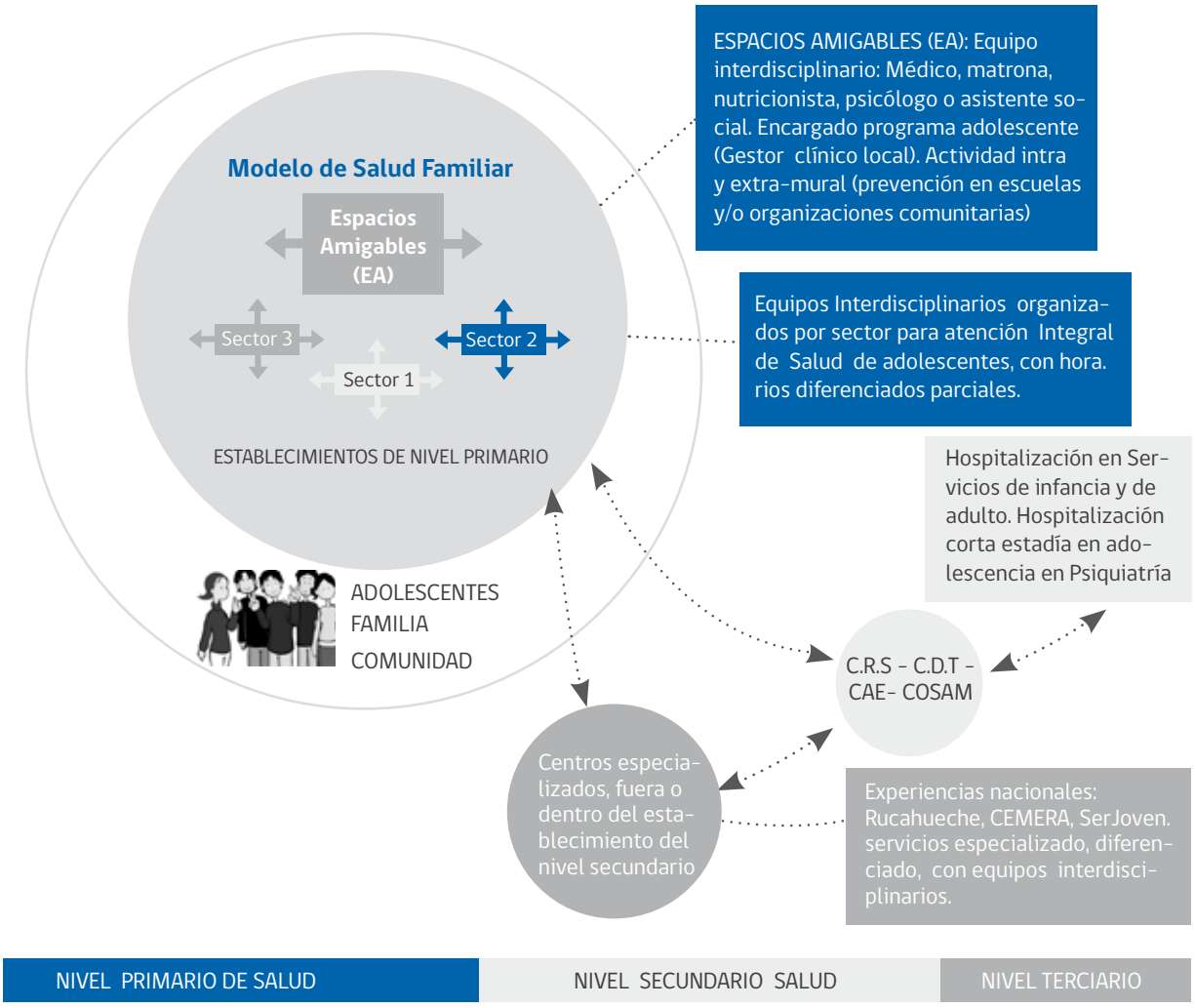
Una modalidad de estos servicios y que responde a las características antes mencionadas, son los espacios de atención amigables

(EAA), que otorgan atención de salud en el nivel primario, están insertos o en conexión con establecimientos de baja complejidad, formando parte del modelo de salud familiar, en concordancia con lineamientos de la política vigente.

Se definen como espacios físicos agradables, atractivos y cercanos a los y las adolescentes, con características que aseguren su accesibilidad, en cuanto a horarios diferidos de atención, tiempos de espera, gratuidad, respetando la cultura, la diversidad y sin discriminación, facilitando además la participación de adolescentes y su empoderamiento. Y con profesionales que tengan competencias para la atención de esta población.

El espacio diferenciado no tiene diferencias conceptuales y técnicas con el espacio de atención amigable (EAA), ya que debe cumplir con los mismos requisitos que están considerados en la conceptualización de este último (Ver glosario).

Figura Nº2: Diagrama Modelo de Atención Integral de Salud en el Nivel primario de atención



Fuente: Elaboración del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes, Minsal, 2011

Modelos teóricos y enfoques integradores para el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

De acuerdo a las recomendaciones de organismos internacionales y expertos nacionales (OPS, 2010), se utilizarán como base del Programa los modelos descritos a continuación, que dicen relación, tanto con la manera de enfrentar la aproximación diagnóstica al problema, como con la forma de construir en conjunto la búsqueda de la solución a éste.

Estos modelos y/o enfoques no son excluyentes, muy por el contrario, son transversales y deben tenerse en cuenta de manera permanente como herramienta de ayuda poderosa y, al mismo tiempo, condición fundamental para una atención de salud adecuada y pertinente a este grupo etario. De acuerdo a las recomendaciones de organismos internacionales y expertos nacionales (OPS, 2010), se utilizarán como base del Programa los siguientes modelos.

- **Modelo de Salud Integral e Integrado**

El enfoque de salud integral o biopsicosocial se refiere a la importancia de abordar al adolescente y joven desde una perspectiva integral, sin olvidar sus múltiples dimensiones que están permanentemente interactuando: biológico, psicológico, social, cultural. Considera el contexto donde esta población se encuentra (familia, escuela y comunidad). Trabaja sobre la base de que la morbilidad y la mortalidad es particular a este grupo poblacional y que los problemas de salud se encuentran relacionados con las conductas, como también con variables biopsicosociales y determinantes sociales intermedias y estructurales.

El concepto de integralidad en la atención de salud, referido a la cadena de prevención o prevención continua, considera acciones que contribuyen a la calidad de vida, en cualquier momento y en cualquier estado de salud, enfermedad o daño; en esta concepción se evita el daño, así como se evita que un daño existente se agrave o se complique, dejando secuelas, incapacidad o disfunción.

La integralidad considera a la salud de adolescentes y jóvenes como un proceso continuo dentro del curso de vida. Lo trascendente de este período es que se trata de una etapa en la que se consolidan los estilos de vida que serán determinantes de la calidad de vida y salud en períodos siguientes.

Por último, el concepto integral de salud considera que ésta tiene múltiples dimensiones de influencia, siendo necesario un trabajo colaborativo y de articulación de varios sectores (intersectorial), para lograr un óptimo desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes (Maddaleno & Florenzano, 1996; Minsal, 2008).

Por otro lado, el concepto de sistema de atención integrado, se refiere a que el sistema de salud debe estar organizado y articulado en distintos niveles de complejidad, con equipos que tengan competencias para dar respuesta a las más variadas y complejas necesidades y problemas de este grupo. Por ello, es importante contar con una red de salud integrada en la red de servicios más general de la comunidad que operan articulada y complementariamente.

- **Modelo Ecológico Bronfenbrenner, Factores de Riesgo, Protección y Resiliencia**

El modelo ecológico es un modelo sistémico que se centra en identificar factores de riesgo y de protección/resiliencia, que pueden estar incidiendo en los problemas de salud. Es

el modelo más utilizado para comprender la complejidad de las conductas de adolescentes y jóvenes, y apoya a la comprensión, implementación y evaluación de las estrategias de abordaje integral.

Organiza los factores de riesgo y de protección/resiliencia en diferentes niveles de acción y considera las conductas de riesgo como consecuencia de estos niveles de influencia en la conducta, permitiendo comprender que las conductas de riesgo son el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, familia, escuela y otras instituciones, factores comunitarios y sociales. Por ello, permite aproximarse a explicaciones causales de las conductas de riesgo de adolescentes o jóvenes, tomando decisiones sobre estrategias de intervención y diseño de políticas públicas (Bronfenbrenner, 1979).

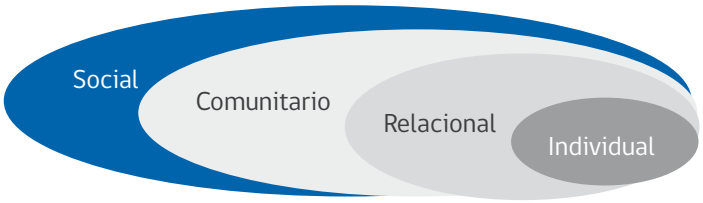
Los factores de riesgo se definen como la probabilidad que tiene un individuo de sufrir en el futuro un daño en su salud. El grado de vulnerabilidad que presenta una persona es determinada por sus características personales, experiencias, debilidades o fortalezas inducidas por los cambios biopsicosociales de la etapa que están viviendo, influenciados por los elementos del ambiente físico y humano (Bronfenbrenner, 1979).

Los factores de protección se definen como aquellos recursos personales, sociales e institucionales que promueven el desarrollo exitoso del individuo o que disminuyen el riesgo de que surja un desarrollo alterado. Se pueden potenciar, destacando y desarrollando las mejores herramientas en cada persona para enfrentar la adversidad (Bronfenbrenner, 1979).

La resiliencia se puede definir como el proceso que permite a un individuo superar los efectos negativos de una exposición al riesgo y ejercer lo mejor de sus capacidades, independientemente de la presencia de experiencias traumáticas (Fergus & Zimmerman, 2005).

Es un constructo dinámico que se entiende desde una perspectiva interaccional como un rasgo propiamente humano, que se desarrolla en la interacción con el entorno social y permite a la persona adaptarse positivamente a pesar de las adversidades de la vida y construir sobre ellas (Grotberg, 1995). En este contexto, se visualiza como una estrategia psicosocial innovadora y atractiva para la atención de adolescentes y jóvenes, ya que más que centrarse en la disminución de factores de riesgo, enfatiza en las fortalezas de las personas o comunidades y no en el daño.

Figura Nº3: Modelo Ecológico
Factores de riesgo y protectores en desarrollo y salud del adolescente



Factores de riesgo	-Inequidad -Disponibilidad de armas de fuego -Violencia en los medios de comunicación	-Acceso a alcohol y drogas -Escalas cohesión social -Comunidades más pobres	-Disfunción familiar -Estilo autoritario/ permisivo -Amigos involucrados	-Maduración asin crónica -Desórdenes psico lógicos y de perso nalidad
Factores Protectores	-Calidad sistemas escolares - Modelos adecuados - Comunidades seguras	-Participación familiar en la escuela -Redes de Apoyo	-Vínculo parental -Vínculo escolar -Dinámica familiar adecuada	-Habilidades sociales -Inteligencia Normal -Autoimagen Adecuada -Participación en actividades extraescolares

Fuente: Adaptado de Blum, R.W. (2006) Risk and Protective Factors Affecting Adolescent Reproductive Health in Developing Countries. World Health Organization. Departament of Child and Adolescent Health and Development . Geneva, Switzerland

- **Modelos ecológicos**

Son modelos sistémicos, entre los cuales se encuentran el modelo psicosocial, el modelo de la producción social de la enfermedad, la política económica de la enfermedad, y la teoría eco-social. En relación al segundo modelo emerge el concepto de epidemiología social que tiene implícito considerar al ser humano en su biología, incluyendo en su análisis a la persona que es parte de la sociedad, relacionando en particular la enfermedad con la desigualdad social en cualquiera de sus formas (económica, educacional, racial, género, etc.). Todas estas teorías buscan la explicación de las enfermedades desde la desigualdad social (Krieger, 2000), por lo que están estrechamente vinculadas con el enfoque de determinantes sociales que se describirá dentro de los enfoques del programa.

ENFOQUES DEL PROGRAMA

- **Enfoque Curso de Vida**

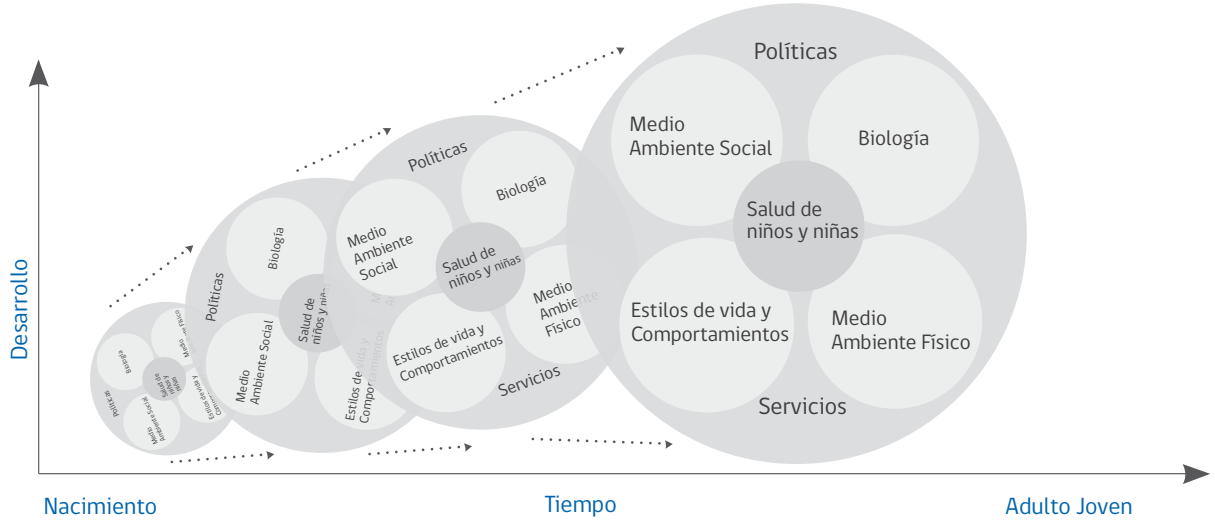
Existe suficiente evidencia, en relación a los tempranos orígenes de muchas enfermedades, de la existencia de una estrecha interacción de lo biológico y ambiental, así como, de la relación de las enfermedades con los determinantes sociales estructurales e intermedios.

Como respuesta a las limitaciones planteadas por modelos etiológicos de las enfermedades crónicas, surge con fuerza la epidemiología del curso de vida como respuesta natural a modelos explicativos tradicionales del proceso salud-enfermedad y sustentada en estudios de evidencia, explicaciones científicas y modelos teóricos que dilucidan la etiología de los factores de riesgo y de protección en cada etapa de la vida y subyacente a éstos, los que señalan que aspectos biológicos, psicológicos y sociales actuarán a través de una o más generaciones (Kuh, D., Ben-Shlomo & cols, 1998).

El concepto de curso de vida no es nuevo. En 1998, Giele y Elder lo definen como "secuencia de eventos y roles socialmente definidos, por los que, un individuo transcurre a través del tiempo". Se basa en un modelo (ver figura siguiente) que sugiere que los resultados de salud para los individuos dependen de la interacción de factores protectores y de riesgo a lo largo de su vida y que están estrechamente relacionados con determinantes sociales, psicológicos, conductuales, ambientales y biológicos, incluyendo la calidad del acceso a los servicios de salud.

El interés en comprender el papel de los factores de riesgo en las enfermedades crónicas, como la enfermedad cardiovascular y otras, ha generado estudios en relación al riesgo de enfermar a largo plazo, por exposiciones físicas o sociales adversas, en las primeras etapas de la vida. Este enfoque releva la perspectiva de trayectoria de vida y contexto social, siendo utilizado ampliamente para estudiar e intervenir los factores biológicos, psicológicos y sociales que se presentan en el proceso salud-enfermedad, durante la gestación, la niñez, la adolescencia, la adultez (etapa laboral) y vejez, y que pueden influir en la probabilidad que emerjan enfermedades, principalmente crónicas, y mentales y (Kuh, D., Ben-Shlomo & cols, 1998). Ver figura siguiente:

Figura Nº4 Modelo de Salud Infantil y sus determinantes



Fuente: M.Maddaleno, en ppt "Los Nuevos Desafíos en Salud de Adolescentes y Jovenes", OPS 2012.

En particular, se han investigado los orígenes fetales de enfermedades con hipótesis, según las cuales, las exposiciones ambientales, como la desnutrición durante los períodos críticos de crecimiento y desarrollo en el útero, pueden tener efectos a largo plazo sobre el riesgo de enfermedades crónicas de adultos, lo anterior por mecanismos biológico de "programación" de la estructura o la función de órganos, tejidos o sistemas del cuerpo.

Esta idea de "programación biológica" se presenta como un nuevo paradigma complementario al modelo de estilo de vida adulto de las enfermedades crónicas, que se centra en cómo los comportamientos en la etapa de la adolescencia, en particular el tabaquismo, la dieta no saludable, la falta de ejercicio, el consumo de alcohol, el maltrato, favorece la aparición y progresión de las enfermedades en la edad adulta (Barker, 1992; Robinson, 1992).

Esto puede ser a través de los procesos de desarrollo asociados con períodos críticos, la habituación, el aprendizaje, el daño y la reparación, lo que tiene un significado similar, aunque tiende a ser aplicado a los mediadores neurobiológicos o psicobiológicos del entorno social en el desarrollo temprano en la niñez y de la salud en el curso de la vida (Hertzman, C., 1995).

La epidemiología del curso de vida parte de la premisa que diversos factores biológicos y sociales a lo largo de la vida de forma independiente, acumulativa e interactiva, influyen en la salud y la enfermedad en la vida adulta (Barker, 1992).

Este enfoque, intenta integrar los procesos de riesgo biológico y social, en vez de obtener falsas dicotomías entre ellos; no niega la importancia de los factores de riesgo convencionales, como el tabaquismo y la hipertensión, identificados con éxito en los años 50, en estudios de cohortes de adultos, pero reconoce que es el entorno el que condiciona la exposición al riesgo y las estrategias de respuesta del individuo, dibujándose en ésta las inequidades en el acceso a servicios de calidad.

Esta perspectiva implica comprender los efectos de los entornos cambiantes en el tiempo y en la trayectoria de vida de las personas. De hecho, el efecto de una exposición sobre un resultado de salud puede depender de la duración, intensidad o tiempo de exposición. Períodos críticos y sensibles son definidos, ya que la edad del individuo en el momento de la exposición afecta el resultado a largo plazo.

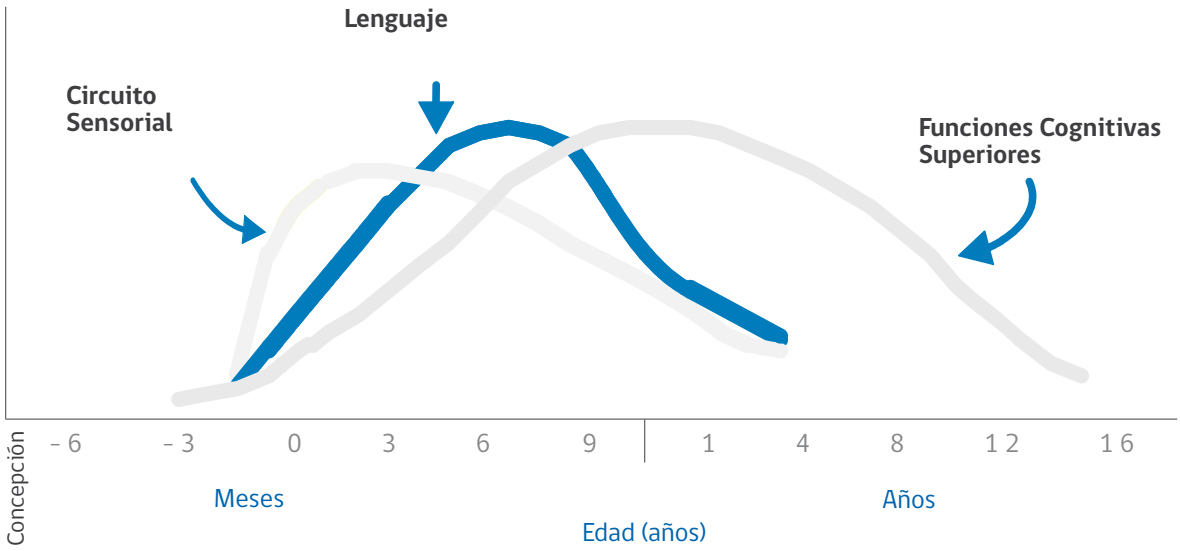
El enfoque de curso de vida implica reconocer que la producción y distribución de la enfermedad y la salud tienen expresión diferenciada por sexo, edad, nivel socioeconómico, etnia, entre otros factores; de esta forma las personas de los sectores de mayores ingresos, viven algunos años más, sufren menos enfermedades y tienen una mejor calidad de vida que aquellas de los sectores pobres. Los estilos de vida de las personas y las condiciones en las que viven y trabajan influyen fuertemente en su salud física, mental, su calidad y expectativas de vida, evidencia que sustenta el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud (OMS, 2007, 2011).

Los supuestos de los estudios epidemiológicos de curso de vida son: cómo la exposición al riesgo de enfermar está condicionada durante la infancia, la adolescencia y primeros años de vida adulta; de tal forma que en los adultos el riesgo de enfermar podrá ser condicionado según la posición socioeconómica y, por lo tanto, puede dar cuenta de las desigualdades sociales en salud de los adultos (Smith, D., Hart, C., Blane, D., & cols., 1998).

Desde el punto de vista de las inequidades en salud, al menos pueden considerarse dos puntos en el curso de vida. El primero de ellos, tiene que ver con que los efectos acumulativos en la salud no se limitan a la vida de una persona, a través de todo su curso de vida, sino que pueden transmitirse de generación en generación (Lumey, 1998), lo cual conlleva a una desigual repartición de "oportunidades" desde el inicio de la vida.

El segundo punto, hace referencia a que las condiciones socioeconómicas a lo largo del curso determinan los riesgos de salud y enfermedad en la edad adulta (Kuh & cols., 1998); esto supone la posibilidad de intervenir dirigidamente en distintos periodos, con el objetivo de aumentar las probabilidades de prevención del daño. Un ejemplo de ello es el desarrollo infantil temprano, antes de los 3 años se encuentran las ventanas de sensibilidad en la mayoría de los ámbitos de desarrollo del cerebro (Minsal, 2007; Figura Nº 5) a nivel físico, social/emocional y cognitivo/lenguaje, esto es que las experiencias tempranas de la vida influyen en la manera en cómo se desarrolla el cerebro.

Figura Nº5 Desarrollo Cerebral Humano, formación Sináptica



Fuente: C, nelson, in from neurons to neighborhoods, 2000

También existe evidencia respecto de la presencia de períodos críticos de vulnerabilidad, no sólo durante la gestación e infancia temprana, sino también durante la niñez y la adolescencia, en los cuales, la exposición a ciertos factores ambientales puede ser más nociva aún para la salud y afectar más al potencial de salud y calidad de vida a largo plazo, que en otros momentos de la vida (Minsal, 2007).

El estrés intenso y agudo durante la niñez temprana puede grabar una huella indeleble en la estructura cerebral y su funcionamiento (Martin Teicher, Scientific American, 2002). Un ejemplo de ello son las consecuencias a largo plazo del abuso sexual y el maltrato en todas sus formas en la infancia y adolescencia, y los resultados que éstos tienen para la salud en edades posteriores.

La investigación sugiere que tal maltrato en la infancia se asocia con peor estado de salud en la edad adulta. Esto refleja en parte la influencia del abuso en una amplia gama de factores perjudiciales para la salud, que se traducen en conductas que se desarrollan desde la infancia hasta la adolescencia y en la edad adulta (OMS, 2004).

Fomentar entornos promotores de la salud, crecimiento físico y desarrollo infantil y de la adolescencia, depende en gran medida de que la oferta de servicios identifique cómo los factores de riesgo afectan el desarrollo y cómo deberán fortalecerse los factores protectores con políticas intersectoriales integradas que fomenten el acceso a satisfactores y a la participación social, en aspectos de la vida de las personas: trabajo, vivienda, educación, salud, desarrollo social, deportes y cultura, entre otros, que mejoren los entornos y condiciones en que las personas viven, estudian y trabajan (OMS, 2011).

En síntesis, el enfoque de curso de vida provee un marco conceptual que permite entender cómo múltiples determinantes de la salud interactúan a lo largo del curso de vida y entre generaciones para producir resultados en salud (Hareven & Adams, 1982). Es así, como intervenciones durante la adolescencia tendrán efecto en el adulto, adulto mayor y también en las siguientes generaciones. Por ejemplo, mejorar la ingesta de calcio en la adolescencia disminuye la osteoporosis, fracturas y discapacidad en el adulto mayor, y prevenir el tabaquismo durante el embarazo adolescente reduce la incidencia de recién nacidos con bajo peso de nacimiento, y disminuye la incidencia de obesidad y síndrome metabólico en la próxima generación (Barker & Clark, 1997; Gluckman & Hanson, 2008).

Esto implica que las normas y planes y programas de salud específicos para la adolescencia requieren estar alineados con los de las otras etapas del curso de vida, de manera que permitan la implementación coordinada de un plan de salud integral y continuo para la persona a lo largo de toda su vida, e implica necesariamente estrategias de intervención coordinadas intersectorialmente (Whitelaw, 2010).

Bajo el enfoque de curso de vida, el nivel primario se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, continuidad en el cuidado durante la adolescencia y edad adulta, y otros factores que determinen un envejecimiento saludable y activo (Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans, 2008).

El enfoque de curso de vida provee una visión integral de la salud y sus determinantes, por lo que exhorta al desarrollo de redes de servicios de salud centrados en las necesidades de sus usuarios en cada etapa de su vida (Lu & Halfon, 2003). Demanda también contar con sistemas de información confiables que permitan estudiar grandes cohortes de población para conocer la efectividad e impacto de los programas de salud implementados. Al adoptar este enfoque se procura lograr un impacto positivo y sostenible para la salud de la población actual y futura del país.

Este enfoque "considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y reconoce el derecho a la atención de salud. Asume también que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida" (Minsal, 2010c)

- **Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS)**

Los determinantes sociales comprenden la salud como "el resultado de una cadena de asociaciones múltiples que se dan entre las condiciones de vida y de trabajo, del ambiente y de las oportunidades que tengan las personas para desarrollar su potencial.

En nuestro país existe desde el 2007 la implementación del enfoque de determinantes sociales en las políticas públicas de salud; este tema fue relevado en el 2011 a nivel internacional, y ha sido documentado en la publicación "Cerrando la brecha": La política de acción sobre Los determinantes sociales de la salud: Todos por la equidad, "Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud" (Rio de Janeiro, 2011).

En ese documento se definen las determinantes sociales de la salud como: "las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece, incluido el sistema de salud. Incluyen las características del contexto social que influyen directamente en la salud y también las vías o mecanismos por los cuales, las condiciones sociales se expresan en efectos en la salud". Los principales determinantes estructurales de la salud son la educación, las condiciones de trabajo y empleo, el ambiente físico y el equipamiento territorial. Plantean como eje del trabajo en este enfoque, la participación social y el trabajo intersectorial

- **Enfoque de Género**

El enfoque de género es una herramienta que permite visibilizar las diferencias culturales entre mujeres y hombres, con independencia de las características biológicas propias de cada sexo, en forma crítica y transformadora.

Las inequidades de género en el ámbito de la salud se refieren a las desigualdades innecesarias y prevenibles en el estado y atención de salud de hombres y mujeres. Estas inequidades impactan también en los problemas de salud de adolescentes y jóvenes. Por tal motivo, se debe considerar este enfoque en cada acción de salud, reconociendo las percepciones femeninas y masculinas de enfermedad, los riesgos y las construcciones de las necesidades de salud diferenciadas.

La estrategia de equidad de género está implícita tanto en el enfoque de derechos como en el de determinantes sociales, y tiene como finalidad alcanzar la igualdad por medio de una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades para adolescentes y jóvenes de ambos sexos (Unfpa, 2005).

- **Enfoque Familiar y Comunitario**

En este enfoque se entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo, que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes de que aparezca la enfermedad, y entregándoles herramientas para el auto cuidado. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludable, en fomentar la acción multisectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud (Fuller, Corvalan & Poblete, 2003).

Está orientado a proporcionar a los individuos, familia y comunidad, condiciones para el mantenimiento y el cuidado de la salud, dar respuesta a sus necesidades de manera integral e integrada, continua, oportuna y eficaz, accesible y de calidad. Para ello, los Centros de Salud deben contar con equipos que hayan desarrollado habilidades y destrezas adecuadas

para tener una mirada amplia en la atención de salud de las personas y, por ende, abordar además el trabajo con familias y comunidades para su acompañamiento a lo largo de su ciclo vital. Supone incluir la diversidad de formas de familia y las relaciones al interior de las mismas.

El mayor desafío se encuentra en el desarrollo de habilidades y destrezas que permitan a los equipos de salud analizar el proceso salud enfermedad, mirándolo desde una perspectiva sistémica. En este enfoque se entiende a la familia como una unidad básica de parentesco que incluye a todos aquellos que viven juntos o se reconocen como entidades emocionales, relacionales y sociales significativas en la cual, los roles y normas se centran sobre la protección recíproca de sus miembros, la regulación de las relaciones sexuales, la crianza de niños y la definición de relaciones de parentesco" (Fried, 2000).

- **Enfoque de Equidad en Salud**

Según la OMS, equidad puede ser definida como "la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente" (Minsal, 2010, p. 7), de tal manera que avanzar hacia la equidad en salud implica inducir cambios culturales y normativos para reducir las brechas resultantes de la estratificación social.

Las acciones de salud deben estar orientadas a la minimización de las desigualdades evitables en el nivel de salud y sus determinantes, y requiere identificar los grupos sociales y territorios excluidos. Algunas de las condiciones que generan inequidad en salud son el género, la educación y la cultura (Minsal, 2010).

- **Enfoque Intercultural**

Para la Organización Mundial de la Salud, la perspectiva intercultural tiene relevancia en la comprensión de cada unas de las especificidades en la que se compone una realidad y de las situaciones en la que éstas se encuentran en relación con la sociedad global y las variables que afectan sus condiciones de vida y su estado de salud. De igual modo, permite la comprensión de las relaciones cotidianas tanto al interior de los grupos como en su relación externa. En este contexto, el concepto de interculturalidad involucra las interrelaciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etarias, lingüísticas y de género.

El enfoque intercultural en salud releva el reconocimiento y respeto de las singulares y diversas características de cada pueblo originario y pretende crear un ambiente donde estas diferencias puedan coexistir y aportar a la mejoría de la salud de todos. Debe incorporar la pertinencia cultural a los servicios, adecuándolos a las características de la cultura, basada en el respeto y en la construcción colectiva de estrategias, metodologías y protocolos que mejoren el acceso, la oportunidad y efectividad de los servicios de salud.

Esto debe expresarse en la organización como en la provisión de los servicios, desarrollando iniciativas innovadoras. Es decir la interculturalidad en salud requiere del desarrollo de procesos donde los propios pueblos originarios expresan la voluntad de encontrarse en una relación horizontal con la salud occidental (Naciones Unidas, 2008; Minsal, 2010c).

IV. MARCO LEGAL

La Constitución de la República de Chile refiere "que el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, y de rehabilitación del individuo", a través de los sistemas de salud público, privado y de las Fuerzas Armadas (Constitución Política de la República de Chile, 1980, p 9-12).

El Ministerio de Salud, como ente rector y regulador del Sistema Nacional de Servicios de Salud, tiene entre sus funciones desarrollar la normativa de atención, a través del curso de vida, considerando los determinantes sociales de la salud, con enfoque de género e interculturalidad.

La atención de la salud de adolescentes y jóvenes debe abordarse de manera integral y con la activa participación de las familias, escuelas y comunidad en general. Es en este contexto, que se hace imprescindible reconocerles como sujetos de derecho y actores protagónicos.

El desarrollo de adolescentes y jóvenes es un factor decisivo para el crecimiento y progreso de los países. Este reconocimiento involucra un cambio significativo en el ámbito de las políticas públicas.

La Reforma de Salud del 2005, sus leyes de Autoridad Sanitaria y Garantías Explícitas en Salud, han procurado adecuar el actual sistema a las condiciones demográficas y epidemiológicas, promoviendo y cautelando los derechos de las personas, reconociendo los determinantes sociales y la medicina basada en la evidencia, para dar respuesta a las necesidades asistenciales y para promover una salud más equitativa. En el ámbito de la salud deadolescentes y jóvenes, la reforma del sistema público chileno, basa su prioridad de atención en ciertas patologías que se incluyen en una lista de Garantías Explícitas en Salud (GES). Por Decreto Nº 228 de 2005, publicado en el Diario Oficial el 30 de enero del 2006, y vigente desde 1º de julio 2006, se definen las GES.

Las garantías que involucran a adolescentes y jóvenes hasta 24 años, son las que se señalan a continuación:

- Examen de medicina preventiva al mayor de 15 años, atención del primer episodio de esquizofrenia
- Tratamiento quirúrgico de escoliosis en personas menores de 25 años
- Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos
- VIH / SIDA
- Insuficiencia renal crónica terminal
- Prevención del parto prematuro
- Hemofilia
- Fisura labio palatina
- Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años
- Linfomas y tumores sólidos en menores de 15 años
- Leucemia en menores de 15 años
- Epilepsia no refractaria en personas de 1 año y menores de 15 años
- Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años
- Cáncer de mama en personas de 15 años y más
- Cáncer de testículo en personas de 15 años y más

- Linfomas en personas de 15 años y más
- Diabetes tipo I y II
- Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más
- Trastornos de generación de impulso cardíaco y conducción en personas de 15 años y más que requieren marcapasos.
- Cáncer de próstata en personas de 15 años y más
- Depresión en personas de 15 años y más
- Consumo perjudicial de alcohol y drogas 10 a 19 años
- Atención de adolescentes infractores de ley.

Tratados y Convenciones Internacionales

Nuestro país ha suscrito varios acuerdos, convenciones y tratados internacionales vinculados con la salud integral de adolescentes y jóvenes. Entre ellos se destacan:

- Declaración Universal de los Derechos del Niño (10 de julio de 1990), aprobada unánimemente por ambas ramas del Congreso y ratificada ante Naciones Unidas el 13 de agosto del mismo año.

- Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobada por la Asamblea General de la ONU en 1966.

- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, aprobada en 1979 por Naciones Unidas y ratificada en Chile en 1989.

- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (OEA, Belem do Pará - Brasil, 1994) ratificada por Chile en 1996 y publicada en el Diario Oficial en 1998.

El tema de la infancia y adolescencia ha sido relevado en la agenda pública social a partir de 1990, teniendo como marco de referencia los compromisos asumidos por Chile en la "Cumbre Mundial en favor de la Infancia" en 1990, y a partir de la suscripción de la Convención sobre los Derechos de los Niños (CDN), ratificada por nuestro país en ese mismo año (0PS, 2005).

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, constituye uno de los tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas y es un instrumento de derechos específico para niños, niñas y adolescentes (entre 0 - 18 años). Hace explícito que los derechos humanos también se aplican en la niñez, y considera las condiciones particulares de desarrollo, que requieren derechos especiales y particulares consistentes con su etapa del ciclo vital.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención de los Derechos del Niño y Adolescentes adoptadas por Naciones Unidas y ratificadas por Chile, son la guía fundamental en que se enmarca éticamente el desarrollo de las políticas de salud para este grupo poblacional. Ambas declaraciones se fundamentan en una visión humanista de las personas, según la cual, los individuos nacen dotados de razón y conciencia, libres e iguales, y por tanto adolescentes y jóvenes son sujetos de derechos inalienables.

Esta declaración, en su artículo tercero establece que "todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su

persona" (Asamblea General de las Naciones Unidas, Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948, s/p) y en el artículo 25 señala: "1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestuario, vivienda, asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales".

Todas las niñas o niños nacidos en el matrimonio o fuera de él, tienen iguales derechos de protección social" (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948, s/p).

La Convención de Derechos del Niño, Niña y Adolescentes resguarda, entre otros, el derecho a la supervivencia, al desarrollo de sus aptitudes físicas y mentales, a la protección contra todo aquello que vaya en menoscabo de su desarrollo y el derecho a participar en la vida familiar, cultural y social (Minsal, 2008a).

Leyes especiales

La situación de los jóvenes y en particular de los adolescentes, se ha visto impactada por cambios recientes a la legislación. El 2005 se aprueba la Ley 20.084 de Responsabilidad Juvenil, cuya vigencia fue postergada debido a que no se contaba con la infraestructura necesaria para este gran cambio, y se requería capacitación de los recursos humanos y afinar la interpretación de las diferentes normas, además de otras consideraciones, hasta junio del 2007 con la Ley 20.191.

Esta nueva normativa penal amplía el rango de edad de los adolescentes (14 a 18 años) sujetos a esta ley que son inculpados de cometer un delito. Sin embargo, los protege en su particular condición de personas en desarrollo y contempla una serie de garantías, sanciones y procedimientos que promueven su integración constructiva en la sociedad (Ministerio de Justicia, 2007).

Leyes específicas para adolescentes y jóvenes:

En forma paralela, la Ley 19.927 (2004) busca proteger contra los abusos y la explotación sexual (específicamente, la modificación de la ley de delitos sexuales); aumentó la edad de consentimiento para inicio voluntario de la actividad sexual (desde 12 a 14 años, para ambos sexos), lo que obliga a los prestadores de salud a denunciar cuando se presumiere que en esta actividad sexual hay delito de abuso sexual.

Por otro lado, la Ley 20.418 (2010), fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, refiere que:

"Toda persona tiene derecho a recibir educación, información y orientación en materia de regulación de la fertilidad, en forma clara, comprensible, completa y confidencial, y que de acuerdo a sus creencias y/o formación, le permita elegir libremente y acceder a los métodos de regulación de la fertilidad que cuenten con la debida autorización; en la situación

de que sea una persona menor de 14 años quien realiza esta solicitud, se deberá informar posteriormente a su entrega al padre, madre o adulto responsable que el menor refiera y si se presumiera la existencia de un delito sexual en la persona solicitante, de un método de anticoncepción de emergencia, los facultativos deberán poner los antecedentes a disposición del Ministerio Público".

Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes

En el 2008 se formuló una nueva política de salud para adolescentes y jóvenes, para la cual se recogieron insumos, a través de jornadas interregionales con los equipos de salud, el intersector y jóvenes de todas las regiones del país.

La política considera a la adolescencia y juventud como un período de enormes oportunidades para la construcción y consolidación de identidades, que se fundamenta en los derechos de todas las personas, sin discriminación de ningún tipo, respetando las diferencias, promoviendo la participación y la solidaridad, acorde al proyecto de la sociedad (Minsal, 2008a).

Tiene como propósito "contribuir al máximo estado de bienestar biopsicosocial de la población de adolescentes y jóvenes en Chile, con equidad, enmarcado este bienestar en la promoción del desarrollo humano". Enfatiza que el Estado debe garantizar los bienes primarios de desarrollo de los individuos y sus comunidades, donde salud cumple un rol fundamental en la generación de oportunidades. Justifica su inversión, como un imperativo ético vinculado a los derechos básicos y una condición sine qua non para el crecimiento y desarrollo social del país, al fortalecer el capital humano (Minsal, 2008a).

La política se fundamenta en principios rectores que actúan como ejes de las acciones, a fin de alcanzar un verdadero desarrollo humano: equidad, desarrollo humano, autonomía, confidencialidad, integralidad, universalidad, intersectorialidad, participación, flexibilidad, fortalecimiento familiar (Minsal, 2008a)

Este documento fue un importante insumo para la formulación de la propuesta de este programa nacional.

Normas y orientaciones ministeriales para los equipos que trabajan con adolescentes y jóvenes

Se han elaborado y editado en Chile una serie de documentos regulatorios, que se enmarcan dentro de las líneas estratégicas a desarrollar y que están orientados a mejorar las competencias profesionales para la atención de salud de adolescentes y jóvenes. Junto a las guías de práctica clínica que involucran como beneficiarios a adolescentes y jóvenes, y que corresponden a las señaladas para patologías AUGE en páginas precedentes, algunos documentos publicados son:

- Guía Clínica Detección y tratamiento temprano de alcohol y otras sustancias psicoactivas (2005)
- Norma Técnica Nº 85: Tratamiento adolescentes infractores de ley con problemas

de alcohol y drogas (2006)
- Norma Técnica en rehabilitación psicosocial para personas mayores de 15 años con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad (2006)
- Normas Nacionales sobre regulación de la fertilidad (2006)
- Manual de Atención Personalizada del proceso reproductivo (2008)
- Orientaciones Técnicas para la atención de adolescentes con problemas de salud mental (2009)
- Orientaciones Técnicas atención de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales (2009)
- Orientaciones Técnico- Administrativas Unidades de hospitalización psiquiátrica de corta y mediana estadía, Minsal 2008
- Guía Clínica depresión en personas de 10 a 14 años (Guía en revisión por incorporación a GES)
- Guía para la Atención de víctimas de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes menores de 15 años (2011)
- Orientaciones Programáticas para la atención de adolescentes en APS (2011)
- Orientaciones Técnicas para el desarrollo del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Seremis (2011)
- Guía Práctica de consejería para adolescentes y jóvenes. Orientaciones generales (2012)
- Orientaciones técnicas para el Control Joven Sano (2012)
- Orientaciones Técnicas para el Monitoreo del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (2012)

V. VISIÓN, MISIÓN, OBJETIVOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES 2011

Visión

Adolescentes y jóvenes cuentan con un Programa Nacional de Salud, integral e integrado, de calidad, con enfoque de derechos, determinantes sociales, género y pertinencia cultural.

Misión

Implementar y desarrollar el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (Pnsiaj), regulando una provisión de servicios de atención integral, diferenciada e integrada, respetuosa de los derechos, que responda a las necesidades de adolescentes y jóvenes, teniendo en cuenta su pertinencia cultural y de género.

Asimismo, enfatizar las acciones de promoción de la salud y fomento de factores protectores, prevención del riesgo y daño, a través de intervenciones sostenibles en el tiempo, focalizadas en población de adolescentes y jóvenes vulnerables, otorgadas por equipos interdisciplinarios comprometidos y capacitados.

Objetivo General

Desarrollar un programa de atención de salud integral para adolescentes y jóvenes que favorezca su crecimiento y desarrollo saludable, mediante el fortalecimiento y optimización de la oferta y el acceso a servicios de salud integrales y prestaciones de salud que respondan a sus necesidades, considerando especialmente el enfoque de derechos, de género y de pertinencia cultural, así como la participación activa de adolescentes y jóvenes, focalizados en los más vulnerables, la familia y la comunidad.

Objetivos Específicos

1. Establecer marco regulatorio técnico administrativo y operacional, vinculado a las áreas programáticas priorizadas, que permita la implementación del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

2.Examinar y actualizar el marco jurídico que protege los derechos de adolescentes y jóvenes.

3. Mejorar la oferta de servicios de salud diferenciados integrales e integrados y de calidad para adolescentes, aumentando la capacidad de respuesta del sector salud, con el fin de atender las necesidades de la población adolescente, haciendo hincapié en el nivel primario y poblaciones vulnerables.

4. Incorporar el control de salud integral de adolescentes en la cartera de prestaciones del Programa de la Red Asistencial del nivel primario de atención.

5. Fortalecer el sistema de información de salud de adolescentes y jóvenes, desagregando la información por edad, sexo, etnia y nivel socioeconómico, y generando información de calidad en el nivel nacional, regional y local.

6. Abogar por la presencia prioritaria de la temática de salud de adolescentes y jóvenes en las agendas políticas públicas.

7. Contar con recursos humanos con competencias y capacidades que respondan a las necesidades y características de esta población.

8. Desarrollar un plan de soporte financiero sustentable que permita la implementación del Programa Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes realizando anualmente evaluación de logros de resultados comprometidos.

9. Establecer alianzas con los medios de comunicación a fin de promover imágenes positivas de adolescentes y jóvenes que promuevan comportamientos sociales y compromisos adecuados con las cuestiones de salud a nivel nacional y regional.

10. Incorporar el modelo de atención de salud integral para adolescentes dentro del Sistema Nacional de Salud.

11. Conformar equipos de salud interdisciplinarios, comprometidos y capacitados en los espacios diferenciados de salud integral de adolescentes a nivel nacional.

12. Desarrollar áreas temáticas prevalentes de acuerdo al perfil epidemiológico, tales como promoción de la salud, salud mental, salud nutricional, salud sexual y reproductiva, discapacidad, enfermedades crónicas y oncológicas, y salud odontológica.

13. Desarrollar un plan de evaluación, monitoreo y mejora continua del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

14. Articular la red asistencial en torno a la salud de adolescentes y jóvenes.

15. Garantizar el acceso de la población de adolescentes vulnerables a la modalidad de servicios de salud diferenciados.

16. Mejorar el acceso y abordaje oportuno de atención diferenciada de adolescentes pertenecientes a instituciones de protección social, con estrategias de articulación y coordinación con programas intersectoriales.

17. Desarrollar estrategias de promoción orientadas a fomentar factores protectores que contribuyan al desarrollo integral, con intervenciones basadas en las comunidades que fortalezcan las familias, incluyan las escuelas y fomenten una amplia participación de adolescentes y jóvenes que permita prevenir problemáticas de salud que afecten su desarrollo

18. Desarrollar estrategias que promuevan el diálogo y participación efectiva de adolescentes y jóvenes en iniciativas que favorezcan la integración social y el reconocimiento del ejercicio de sus derechos.

19. Establecer alianzas estratégicas y mecanismos de coordinación y cooperación intersectorial e instancias del ámbito público y privado, para establecer convenios y líneas de trabajo conjunta que favorezcan el desarrollo saludable de adolescentes y jóvenes.

Población objetivo

Este programa incluye como beneficiario directo a toda la población de adolescentes entre 10 y 19 años, para la atención de las actividades asistenciales de la atención primaria, y agrega a jóvenes entre 20 y 24 años para las actividades de promoción y prevención de salud. Los beneficiarios indirectos incluyen a la familia, escuela y comunidad.

CAPÍTULO II
ASPECTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS DEL PROGRAMA

INTRODUCCIÓN

Este capítulo describe aspectos de organización de la oferta de servicios, en acciones de promoción, prevención, detección y tratamiento de los problemas de salud más prevalentes de adolescentes y jóvenes en el nivel primario de salud, sin perjuicio de la continuidad de las acciones que correspondan al nivel secundario y terciario, abordadas en un próximo documento programático.

Las definiciones administrativas y técnicas del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes son el instrumento orientador para la programación de los recursos y prestaciones del sistema, basado en un conjunto de intervenciones a implementar sobre la base de lo que la evidencia científica, las opiniones de expertos nacionales, el modelo de salud familiar y el marco referencial de salud integral para adolescentes de la OPS recomiendan. Todo ello, en concordancia con el Plan de Acción para la Estrategia Nacional de Salud del Minsal.

La atención integral de adolescentes implica transversalizar las prácticas de salud, incorporando los modelos teóricos y los enfoques de derechos, determinantes sociales, género y diversidad cultural, lo que permite visualizarlos como sujetos de derechos y protagonistas de sus propias vidas.

Asimismo, es relevante la coordinación y articulación de una red de servicios que permita abordar las necesidades de adolescentes y jóvenes en forma integrada, interdisciplinaria, intra e intersectorial, con énfasis en la población adolescente vulnerable.

Se deberá, por tanto, favorecer una atención de salud diferenciada y de alta calidad, de acuerdo a las definiciones de los estándares definidos por el Programa.

Se aplicará un plan de monitoreo de las acciones que permitan avanzar hacia las metas propuestas en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020.

I. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES

1. NIVEL DE ACCIÓN MINISTERIAL:

El Ministro de Salud es el máximo responsable de la implementación y desarrollo del Programa.

Subsecretaría de Salud Pública:

A través del equipo técnico del Programa de Salud Integral de Adolescentes, tiene las funciones de:

- Diseñar el Programa Nacional y su plan de acción.
- Diseñar un plan de monitoreo y evaluación del programa, con indicadores, criterios y estándares de acuerdo a las metas propuestas.
- Elaborar el marco regulatorio (normas, orientaciones técnicas, guías de práctica clínica) del programa y asegurar su implementación a nivel nacional.
- Mantener diagnóstico epidemiológico actualizado de la situación de salud de adolescentes y jóvenes, a través de la vigilancia, estudios e investigación a nivel nacional.
- Establecer alianzas estratégicas y mecanismos de colaboración y coordinación sectorial e intersectorial, a nivel central y regional, para el logro de los objetivos definidos.
- Establecer alianzas estratégicas y mecanismos de colaboración y coordinación con organizaciones involucradas con la salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes, a nivel nacional e internacional.
- Diseñar y evaluar el plan de desarrollo continuo de conocimientos, competencias, habilidades y destrezas del personal, para la atención de salud de alta calidad de adolescentes y jóvenes.
- Cautelar la asignación de recursos humanos y materiales que permitan el desarrollo del Plan de Acción propuesto por el programa.
- Abogar por la incorporación de acciones que den respuesta a las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes y que aún no están cubiertas por el Sistema Nacional de Salud, especialmente vinculadas al Acceso Universal con Garantías Explícitas.
- Mantener instancias de participación juvenil, a través de la constitución de la Secretaría Ejecutiva y el funcionamiento anual del Consejo Consultivo Nacional de Jóvenes en Salud, Resolución Exenta Nº 65 del 1 de marzo 2010, dando cuenta del estado de avance del Programa de Adolescentes

y Jóvenes, y favoreciendo la interacción de los consejeros con las autoridades ministeriales y con el equipo de técnico del Programa.

Subsecretaría de Redes Asistenciales:

A través del encargado nacional del Programa en Redes Asistenciales, tiene las funciones de:

- Gestionar en red el programa en los 29 Servicios de Salud, a lo largo del país.
- Articular y desarrollar la red asistencial del sistema, para implementar el programa de acuerdo a la regulación formulada.
- Evaluar los estándares clínicos establecidos por el programa.
- Evaluar gestión clínica del desarrollo de los procesos de atención de acuerdo a los estándares de calidad diseñados.
- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.
- Asegurar la implementación del Programa Nacional definiendo los mecanismos presupuestarios y de asignación oportuna de recursos, de acuerdo a las prioridades nacionales.
- Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.
- Coordinarse con el equipo de Salud Pública para asegurar el desarrollo e implementación del programa y el logro de los objetivos sanitarios de la década.

2. NIVEL DE ACCIÓN REGIONAL

Secretarías Regionales Ministeriales de Salud:

- Velar por el cumplimiento de las políticas, normas y planes que emanen del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.
- Elaborar un plan regional de desarrollo, alineado con el plan estratégico del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, que incluya tanto el diseño y ejecución de intervenciones poblacionales y focalizadas de tipo promocional y preventivo, con enfoque intersectorial, como la promoción de la participación activa y organizada de adolescentes, sus familias y la comunidad.
- Evaluar y monitorear en forma permanente la situación de salud de adolescentes y jóvenes a nivel regional, identificando y priorizando grupos y factores de mayor vulnerabilidad y riesgo, y definiendo prioridades.
- Evaluar y monitorear el impacto de los planes y programas en la salud de la población adolescente.
- Mantener actualizado el diagnóstico regional de la situación de salud de este grupo.
- Constituir la Secretaría Ejecutiva para el funcionamiento del Consejo Consultivo Regional de Jóvenes en Salud, con el propósito que consejeros/as conozcan el estado de avance del Programa de Adolescentes y Jóvenes, y dialoguen con la autoridad regional, opinen, prioricen y propongan en conjunto recomendación de mejoras.Mantener en funcionamiento el Consejo Consultivo Regional de Jóvenes, resguardando representatividad y asociatividad en el territorio.

3. NIVEL DE ACCIÓN SERVICIOS DE SALUD

a) Encargados del Programa por Servicio de Salud, a cargo de ejecutar y dar seguimiento a la implementación del programa.

- Identificar problemas prioritarios y necesidades de salud de la población adolescente a nivel comunal.
- Proponer asignación de recursos financieros necesarios que aseguren el desarrollo del Pnsiaj a nivel comunal.
- Difundir y asegurar la implantación de normas clínicas, guías y protocolos de atención definidos en el marco regulatorio del Pnsiaj de la Subsecretaría de Salud Pública.
- Conformar los equipos interdisciplinarios de atención diferenciada de salud del adolescente a nivel primario.
- Asegurar la capacitación en salud de adolescentes de los equipos interdisciplinarios de la APS a nivel comunal, de acuerdo a las áreas temáticas y acciones priorizadas por el programa.
- Organizar la atención integral de salud del adolescente, de acuerdo a los lineamientos del Pnsiaj.
- Asegurar el cumplimiento del flujograma de atención de salud establecido para adolescentes y jóvenes en cada establecimiento de salud.
- Establecer mecanismos de coordinación con instancias comunales que trabajan con adolescentes y jóvenes: escuelas, clubes deportivos, organizaciones juveniles comunitarias, iglesias, centros recreativos, judiciales, laborales.
- Establecer mecanismos de referencia y contra-referencia entre niveles primario, secundario y terciario de atención, de acuerdo a la regulación vigente.
- Coordinar con otros centros de salud del nivel primario y con niveles secundarios y terciarios de atención de salud, para dar respuesta a los requerimientos específicos del Programa.
- Lograr participación de adolescentes, sus familias y la comunidad en el diseño, implementación, desarrollo y evaluación de las actividades.
- Aplicar plan de monitoreo y evaluación definidos en el marco regulatorio del Pnsiaj de la Subsecretaría de Salud Pública.

b) Red de Servicios de Atención de Salud Integral para Adolescentes y Jóvenes

Los profesionales del nivel primario deben tener capacidad de pesquisa y competencias técnicas para la atención integral de baja y mediana complejidad de los problemas de salud de adolescentes. Asimismo, realizarán derivación oportuna de adolescentes que presenten problemas de salud de alta complejidad a los equipos de salud de nivel secundario y/o terciario, asegurando el seguimiento y continuidad de la atención.

En los niveles de atención primario, secundario y terciario, los establecimientos de salud establecerán mecanismos de referencia y contrarreferencia consensuados que permitan una atención expedita, oportuna y diferenciada. El proveedor de servicios asegurará equipos de salud conformados por profesionales de al menos las siguientes áreas: medicina, enfermería, matronería, odontología, nutrición, servicio social, psicología y/o educación, en función a las necesidades, recursos asignados y patologías prevalentes.

En los establecimientos de salud los profesionales realizarán el control de salud integral de adolescentes definido en el Marco Regulatorio del Pnsiaj y contarán con competencias que aseguren su abordaje integral.

Los proveedores de servicios, de acuerdo a los criterios y estándares establecidos por el nivel central, irán en forma progresiva asignando los recursos para alcanzar los estándares de atención, identificando las brechas existentes y generando un plan de mejora continua progresivo.

c) Niveles de Atención

Las prestaciones o actividades básicas del programa serán definidas de acuerdo al nivel de resolución del equipo o establecimiento en que se realiza. Éstas deben responder al logro de los objetivos de la atención integral, de acuerdo a las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes.

Corresponde al nivel primario de atención la incorporación de estrategias y acciones de carácter promocional y preventivo que den cuenta de intervenciones oportunas, diferenciadas y de calidad con enfoque de curso de vida y determinantes sociales de la salud, que permitan modificar factores de riesgo y fortalecer los factores protectores de adolescentes y jóvenes, y sus familias. En la comunidad deberán realizarse las adecuaciones necesarias de los entornos y del medio ambiente para favorecer estas acciones.

En el apartado siguiente se entrega una descripción más específica de las estimaciones promedio de las actividades requeridas en el nivel primario de atención, para cada una de las prioridades programáticas nacionales, la que constituye una orientación de utilidad para la programación en aquellas localidades que aún no han desarrollado una experiencia propia.

Dependiendo del nivel de desarrollo de las redes asistenciales, los proveedores de servicios podrán incorporar actividades complementarias a las establecidas en este Programa, y que se comprenden como las prestaciones básicas, actualmente en ejecución en la red asistencial.

II. PRIORIDADES TEMÁTICAS DEL PROGRAMA

Sobre la base de la situación epidemiológica actual, el programa ha priorizado 8 áreas temáticas, vinculándose en su mayoría con las metas propuestas en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, para el logro de los objetivos sanitarios de la década; a continuación se señalan las principales estrategias definidas relacionadas con la mejor evidencia disponible identificada, que permiten su recomendación:

A.- Promoción de la salud integral de adolescentes y jóvenes:

La orientación hacia la promoción de la salud y la atención integral e integrada planteada por los organismos internacionales, recomienda que los sistemas de salud centrados en la atención individual, los enfoques curativos y el tratamiento de la enfermedad, deban avanzar hacia el desarrollo de acciones dirigidas hacia la promoción de la salud (OMS/OPS, 2007).

Las metas de impacto asociadas a esta área son las siguientes:

Meta 3.1: Aumentar las personas con factores protectores para la salud, donde el desarrollo de programas comunales de promoción de salud es uno de sus resultados esperados (Burke & cols, 2010; Janssen & cols, 2010; Semeniuk & cols, 2010; Rodgers, A. 2004).

Meta 3.2: Disminuir un 5% la prevalencia proyectada de consumo de tabaco en el último mes en población de 12 a 64 años. La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 respalda la incorporación de intervenciones de apoyo a la cesación del consumo de cigarrillos en las actividades de la AP, repitiéndolas dado que se permite la repetición de las consejerías en cada atención de salud, situación que aumenta y refuerza el abandono. (Hoang, Thu & cols, 2005).

La promoción de salud como estrategia, cumple un papel muy importante al promover entre los estilos de vida saludable la "Vida sin Tabaco". Esto busca proteger a los no fumadores del humo de tabaco ambiental, mantener espacios para que niños y niñas crezcan sin estímulos para fumar, y disminuir el consumo de tabaco general (OPS, 2008). Se plantean estrategias como desarrollo de programas co-

munales de cesación de tabaco y programas de promoción de estilos de vida sin tabaco (OMS, 2008; Minsal, 2003a; Minsal, 2001; Minsal, 2003b).

Meta 3.5: Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en adolescentes y jóvenes, con su resultado esperado de aumentar un 30% la prevalencia de actividad física suficiente en población entre 15 a 24 años. Se propone, entre otras cosas, el desarrollo de programas de alimentación saludable y actividad física en establecimientos educacionales. (Dietz & Gortmaker, 2001; López & cols, 2010; OMS, 2010; Reinehr, Kleber & cols, 2009).

Meta 3.6: Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes, con su resultado esperado de aumentar en 20% la prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activa sexualmente, para lo que se propone, en el ámbito de la promoción, el desarrollo de planes comunales de promoción de salud sexual y reproductiva (ONU/SIDA, 2007; Unaids, 2008; Unesco, 2009; Shutt Aine & cols., 2003).

Meta 4.3: Disminuir la mortalidad por suicido en adolescentes.

Meta 4.4: Disminuir el embarazo adolescente, Para dar cumplimiento al objetivo de disminuir en un 15% la tasa proyectada de suicidio en adolescentes, y disminuir en un 10% la tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años, se propone el desarrollo de programas comunales de promoción de factores protectores de salud integral de adolescentes y jóvenes (Aseltine & cols., 2007; Babiss & cols., 2009; Taliaferro & cols., 2008; Wilcox & cols, 2008; Rhew & cols, 2010; OPS, 2006; Blum R. et al, 2000; Florenzano R. et al, 2009; Franko DL. et al., 2008; Guyll M. et al., 2004)

B.– Prevención, atención integral y rehabilitación:

El Control de Salud Integral de la población adolescente (Control Joven Sano), es considerado la puerta de entrada al sistema de salud y, por tanto, es una valiosa oportunidad de pesquisa y atención oportuna, según los problemas detectados (Ozer, Adams & cols, 2011; Pbert, Druker & cols, 2011).

Acciones vinculadas a La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020

Incorpora como uno de sus resultados esperados, el aumento progresivo de la cobertura de atención de adolescentes. Las metas de impacto asociadas a las 8 áreas temáticas definidas como prioritarias por el programa e insertas en la Estrategia Nacional de Salud son las siguientes:

1. Salud sexual y reproductiva

Meta 4.4: Disminuir el embarazo adolescente, con su resultado esperado de disminuir 10% la tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años, se proponen las siguientes estrategias de tipo preventiva, complementando las de tipo promocional antes enunciadas: aumentar el acceso a métodos de regulación de fecundidad (OPS, 2006; Blum, R. & cols., 2000; Florenzano, R. & cols., 2009; Franko, DL. & cols., 2008; Guyll, M. & cols., 2004)aumento en la cobertura de visita domiciliaria con foco en prevención de segundo embarazo (Gray, Sheeder & cols, 2006; Rehnstrom & Velandia, 2006), implementación de programas para el fortalecimiento de habilidades parentales en familias vulnerables, aumento de la cobertura de la consejería en salud sexual y reproductiva; esta última se encuentra avalada por ONU/SIDA, en sus recomendaciones para las intervenciones en salud sexual y prevención del VIH en jóvenes.

Se establece, además, que es necesario combinar estrategias multi-sectoriales y complementarias, a través de la aplicación de intervenciones que promuevan un comportamiento sexual seguro, educación sobre las conductas sexuales, el VIH/ITS y el embarazo no deseado (ONU/SIDA, 2007; Unaids, 2008) y debe incluir planificación familiar, pruebas de embarazo, pruebas de ITS, tecnología preventiva y proveer información precisa acerca de la sexualidad, embarazo, maternidad, paternidad, roles de género, conducta sexual, respuesta sexual, orientación sexual, anticonceptivos, abuso sexual, VIH/SIDA y otras ITS, exploración de creencias culturales y valores sobre la sexualidad (Unesco, 2009; Shutt-Aine & Maddaleno, 2003; Flynn, Aldrovandi & cols 2011).

Meta 3.6: Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes, con su resultado esperado de aumentar 20% la prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activa sexualmente, donde entre las estrategias propuestas se encuentra el aumento de cobertura de consejerías en salud sexual y reproductiva y el acceso a preservativos (ONUSIDA, 2007; UNAIDS, 2008; UNESCO, 2009; Shutt Aine & cols., 2003.

2. Salud mental

Los problemas de salud mental afectan a los individuos como también a sus familiares, alterando la dinámica y los roles en las interacciones entre ellos. La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 propone, entre otras estrategias, la detección oportuna de problemas de salud mental mediante el uso de instrumentos de tamizaje, y capacitación en el reconocimiento de riesgo suicida en adolescentes, incrementando la detección oportuna, además de estrategias de prevención comunal de consumo de drogas y alcohol. Las metas de impacto asociadas a esta área temática son:

Meta 2.7: Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental, con su resultado esperado de disminuir en un 10% la prevalencia de discapacidad severa en trastornos de salud mental seleccionados, asociado a estrategias como aumentar la cobertura de los equipos especializados en salud mental y la utilización de instrumentos de pesquisa, y mejorar la calidad de las intervenciones (Barlow, Smailagic & cols, 2011; Alvarado, Erazo & cols, 2006; Rhew & cols, 2010; OMS, 2004).

Meta 3.3: Disminuir en un 10% la prevalencia proyectada de consumo de riesgo de alcohol en población de 15 a 24 años; se proponen entre otras estrategias, el desarrollo de programas de intervención breve a adolescentes consultantes en los "espacios diferenciados para adolescentes" (Babor & cols., 2003; Babor & cols., 2005; Anderson & cols., 2009; Safer & cols., 2002; Wagenaar & cols., 2000; Shults & cols., 2001; Anderson & cols., 1992; Higgins-Biddle & cols., 1996; Beich & cols., 2003).

Meta 3.7: Disminuir en un 5% la prevalencia de consumo de drogas ilícitas durante el último año en población de 12 a 64 años; se proponen estrategias como potenciar habilidades familiares para prevenir el consumo de sustancias, actividades en el medio escolar, especialmente en familias de alto riesgo, y fomento de las herramientas personales de los jóvenes a nivel de las comunidades (Unodc, 2010); estrategias de intervención a nivel de Atención Primaria (Mathias, 2002) y actividades preventivas a nivel comunal.

Meta 4.3: Disminuir en un 15% la tasa proyectada de mortalidad por suicidio en población de 10 a 19 años, se proponen estrategias de prevención como el desarrollo de progra-

mas de prevención integral de salud mental, programas de capacitación en gatekeepers o "facilitadores comunitarios", aplicación de tamizaje de riesgo suicida y tamizaje de riesgo de depresión (Aseltine & cols, 2007; Babiss & cols., 2009 Burke & cols, 2010; Taliaferro & cols., 2008; Wilcox & cols, 2008; Semeniuk, Brown & cols., 2010; Rhew & cols, 2010).

3. Salud nutricional

La exposición a factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas es un problema que se presenta desde edades tempranas de la vida. Por ejemplo, un valor elevado de IMC en niños se asocia con un mayor riesgo de desarrollar en la edad adulta enfermedades cardiovasculares, ateroesclerosis, obesidad y mortalidad (Berenson & cols., 1998; Kuh & cols., 1998). Por otra parte, en etapas tempranas de la vida la ingesta elevada de sodio condiciona las cifras de presión arterial, lo cual podría aumentar el riesgo de hipertensión arterial durante la edad adulta (Hofman & cols., 1983).

La evidencia científica respaldada en la ENS refiere que intervenciones en actividad física a pre-escolares y escolares de enseñanza primaria y secundaria producen modificaciones en distintos parámetros antropométricos, disminuyendo el riesgo de sobrepeso (Dietz & Gortmaker, 2001; López & cols, 2010).

Dentro de lo relacionado con el tratamiento de personas que presentan malnutrición por exceso, sea obesidad o sobrepeso, la evidencia señala que, en su totalidad, cualquier intervención (ambulatoria) en adolescentes y/o niños, debe enfocarse en los pilares de actividad física, educación alimentaria nutricional, y terapia sicológica al niño/niña y su familia, constituyendo intervenciones en "estilos de vida" (OMS, 2010; Reinehr, Kleber & cols, 2009).

Las intervenciones de nutrición tienen como objetivo instalar hábitos de alimentación saludable y detectar niños y niñas con riesgo de malnutrición o mal-nutridos y derivarlos al profesional que les brinde, oportunamente, una atención a su problema.

Meta 3.1: Aumentar la prevalencia de al menos cinco factores protectores de la salud, en población mayor de 15 años. Dentro de los factores protectores asociados a la dieta están: índice de masa corporal<25, consumo de al menos cinco porciones de frutas y verduras al día y disminución de la ingesta de sodio a menos de 5 g/día.

4. Enfermedades crónicas

La vinculación de esta área temática se realiza, a través de la meta de impacto 3.2 Disminuir el consumo de tabaco, y en la existencia de garantías GES como Examen de Medicina Preventiva en el mayor de 15 años, tratamiento de la Hipertensión primaria esencial en adolescentes de 15 y 19 años y jóvenes de 20 a 24 años, Asma bronquial moderada y grave en adolescentes de 10 a 14 años y tratamiento de la Diabetes mellitus I y II en adolescentes de 10 a 19 años.

5. Enfermedades oncológicas

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 no incorpora explícitamente metas que vinculen esta área temática. Sin embargo, existen garantías GES que incorporan a la población adolescente, entre las cuales se encuentran el tratamiento de Linfomas y tumores sólidos en menores de 15 años, Leucemia en menores de 15 años, Linfomas en personas de 15 años y más, Cáncer de mama en personas de 15 años y más, Cáncer de testículo en personas de 15 años y más y Cáncer de próstata en personas de 15 años y más.

6. Discapacidad

La Estrategia Nacional de Salud señala que la "discapacidad, cualquiera sea su causa, es la resultante de la interacción entre deficiencias estructurales y/o funcionales del individuo y las características intrínsecas de la persona, sumado a otras condiciones del medio ambiente, principalmente del ámbito social (CIF, 2001). Desde la perspectiva del análisis de las inequidades, es claro que la magnitud de la discapacidad tiene íntima relación con las condiciones medioambientales, particularmente las condiciones socioeconómicas que favorecen la aparición de barreras (físicas, financieras y sociales, entre otras), las cuales, también pueden limitar el acceso a las prestaciones asistenciales.

Sin embargo, la discapacidad por sí misma determina mayor vulnerabilidad y riesgo de descenso en la posición social, tanto de los individuos como de sus familias. En población adolescente y joven, la estrategia propone resultados esperados en cobertura y calidad de la atención, trabajo intersectorial, participación y resultados esperados en integración de personas con discapacidad en órganos de los sentidos (Anna & cols., 2010; Heidi & cols., 2008; Wolff & cols., 2009; Grill & cols., 2006; Bamford & cols., 2007; Puig & cols., 2008).

La evidencia señala que la pesquisa precoz y tratamiento oportuno en niños mejora los resultados clínicos y la inserción social posterior, tanto en los casos congénitos como adquiridos (Pioli & cols., 2011). De esta forma, se buscará iniciar tempranamente las intervenciones de rehabilitación, y aumentar su cobertura actual (Velema, 2008). A su vez, programas basados en este modelo tienen el potencial de mejorar la calidad de vida de sus beneficiarios (Mannan & cols., 2007).

7. Salud Bucal

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 propone reforzar el componente educativo para la instalación temprana de hábitos saludables de higiene y alimentación. En niños pequeños, la promoción de hábitos saludables debe ser realizada a través de múltiples intervenciones y programas de promoción dirigidos a los padres (Douglass & Douglass, 2009; AAPD, 2008). Por ejemplo, las patologías bucales son evitables con simples medidas de auto cuidado aplicadas desde la gestación (International Union for Health Promotion and Education, 1999). La También, la Estrategia propone el reforzamiento del componente de salud bucal en el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario (Minah, Lin & cols, 2008).

Meta 2.9: La meta de impacto asociada y que considera a la población adolescente es la de prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en niños y adolescentes, con énfasis en los más vulnerables, con su resultado esperado de disminuir un 15% el promedio de dientes dañados por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal.

El desarrollo de estas áreas se efectúa preferentemente en el nivel primario de atención, su implementación se realizará en forma progresiva, comenzando por las acciones de promoción y prevención en el nivel primario, hasta llegar al nivel terciario de resolución.

8. Actividad Física

Debido a que la actividad física desde la perspectiva sanitaria debe entenderse como un componente de la promoción y prevención de la salud, para contribuir al desarrollo armónico e integral del individuo y su bienestar

biopsicosocial, y considerando además que la inactividad física representa el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo (6% de las defunciones a nivel mundial), siendo sólo superada por la presión arterial elevada (13%) el consumo de tabaco (9%) y la glicemia elevada (6%) (OMS, 2010), la OMS publicó en el 2010 recomendaciones para la práctica de actividad física, en la que exhorta 1 hora diaria de actividad física para jóvenes entre 10 y 17 años, entendiéndose para este grupo de edades, como juegos, deportes, desplazamientos, actividades recreativas, educación física o ejercicios programados, en el contexto de la familia, la escuela o las actividades comunitarias.

La meta de impacto asociada a esta área es la Meta 3.5, que considera aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en adolescentes y jóvenes, con su resultado esperado de aumentar 30% la prevalencia de actividad física suficiente en población entre 15 a 24 años, y propone, entre otras cosas, el desarrollo en establecimientos educacionales de programas de alimentación saludable y actividad física (Dietz & Gortmaker, 2001; López & cols, 2010; OMS, 2010; Reinehr, Kleber & cols, 2009).

III. ACTIVIDADES DEL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN

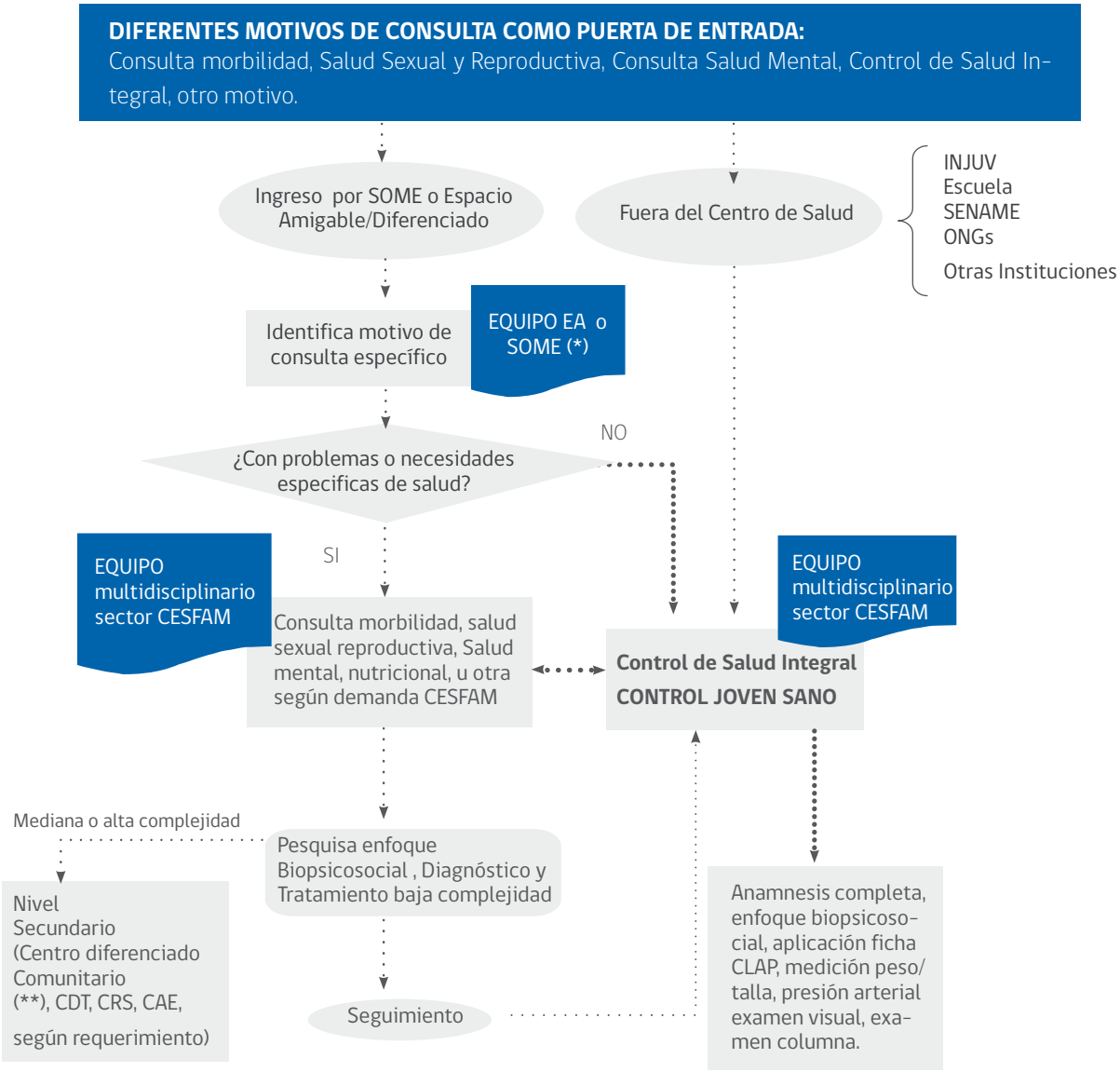
El Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes tiene como propósito responder a las necesidades de salud de la población objetivo, y en este contexto resalta estrategias promocionales y preventivas en el abordaje de los problemas de salud que los afectan; y se sustenta en intervenciones efectivas recomendadas ya sea por la literatura, estudios de evidencia, juicios de expertos y experiencias prácticas de equipos.

Las siguientes actividades se refieren principalmente a las que se desarrollan tanto en establecimientos de salud primaria: establecimientos y/o centros de salud familiar urbanos y rurales, postas y estaciones médico rurales, centros comunitarios de salud familiar (CECOSF), como en otros establecimientos que reúnan las condiciones físicas y de privacidad requeridas por este grupo etario, como escuelas, centros juveniles y comunitarios, entre otros. Las intervenciones las otorgan un equipo interdisciplinario de profesionales, con competencias para la atención de salud de esta población. Siendo objeto de un segundo documento definir organizacionalmente y técnicamente las acciones del nivel secundario y terciario y la referencia y contrareferencia entre ellos.

Cada una de las actividades definidas a continuación son prestaciones que se realizan en el nivel primario de atención, y forman parte de las Orientaciones Programáticas Anuales para la Atención Primaria; todas se encuentran en los respectivos registros estadísticos mensuales (REM) del sistema de información del Ministerio de Salud.

De este modo, se ha propuesto un flujograma, cuyos procesos dan cuenta de dinámicas de funcionamiento que permitirán un acceso más expedito a la atención de adolescentes y jóvenes en el sistema público de salud en el nivel primario de atención.

Figura Nº 6: Flujograma Atención Integral de Adolescentes en el nivel primario de atención.



(*): Gestor de salud, en caso de no contar con Espacio Amigable, un profesional del equipo CESFAM realiza esta función.

(**) Derivar mediana complejidad si la comuna cuenta con este servicio.

a. Ámbito de Promoción

La promoción de la salud es una estrategia universal que involucra a toda la población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con y sin riesgo específico de enfermar. Las estrategias y acciones de promoción apuntan a potenciar los factores protectores y la resiliencia de la población adolescente y joven para enfrentar los desafíos de esta etapa, desarrollando competencias y habilidades positivas que fortalezcan las relaciones familiares, de pares, pareja y redes de apoyo. (OMS/OPS, 2007).

Las actividades de promoción implican diversidad de acciones desde un modelo ecológico sistémico, a nivel intramural, con el grupo de adolescentes y jóvenes, familia y nivel extramural con la comunidad escolar, organizaciones deportivas, sociales u otros entornos comunitarios, donde se desarrolla su vida, en coordinación y alineados con los programas comunales de promoción.

Con relación a este ámbito, en el marco regulatorio existe el "Programa de Promoción de Salud 2011-2015, Actualización de orientaciones para planes comunales de promoción de la salud" (Minsal, 2011b).

a.1 Actividad Comunitaria de Comunicación Social

Definición:

Son actividades de sensibilización, difusión y movilización de recursos para promover la toma de conciencia, que se desarrollan a nivel familiar, escolar, grupos de autoayuda, con la comunidad juvenil u organizaciones/instituciones, entre otros, que trabajan con población joven, promoviendo la participación, protagonismo e integración. Considerando muy particularmente la población con condiciones de mayor vulnerabilidad por discapacidad física y mental, condición social y considerando, además, particularidades de género y etnia.

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 propone 5 grupos de estrategias enfocadas a aumentar la proporción de la población con factores protectores, entre las cuales la estrategia de comunicación social es considerada un elemento fundamental en el enfoque poblacional de la promoción.

Las metas de impacto asociadas a ella, que consideran a la población adolescente son:

- **Meta 3.1:** Aumentar las personas con factores protectores para la salud, donde contar con un programa de comunicación social con contenidos de estilos de vida saludables, actualizadas al menos una vez cada año, es uno de sus resultados esperados (WHO, 2010).

- **Meta 3.6:** Conducta sexual segura, donde también se espera contar con un programa de comunicación social con contenidos de salud sexual y reproductiva, evaluado al menos una vez cada año. (Shutt-Aine & Maddaleno, 2003).

Objetivos Específicos:

- Diagnosticar problemas y/o necesidades de salud en el contexto familiar, escolar y comunitario.
- Desarrollar un programa de comunicación social.
- Seleccionar canales de comunicación y elaboración de materiales.
- Diseñar un plan de ejecución, evaluación y retroalimentación, considerando el costo para su implementación.

Acciones

1.- Diseñar programa de comunicación social: marco teórico, justificación, objetivos, grupo objetivo, contenidos, metodología, actividades y evaluación.
2.- Elaborar mensajes o contenidos relacionados con fortalecimiento de factores protectores/resilientes y reducción de factores de riesgo relacionados con la familia, escuela y comunidad.
3.- Ejecutar programas comunicacionales con énfasis en estilos de vida saludable, fortalecimiento factores protectores y resilientes, salud mental, buen trato y resolución no violenta de conflictos, habilidades para la vida, habilidades parentales, salud sexual, alimentación saludable, actividad física y ambientes libres de tabaco.

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
% del total de horas profesional, según recursos y necesidades	Según recurso y lo observado a nivel local.	De acuerdo a lo observado según actividad.	Hora profesional asistente social, enfermera, matrona, psicólogo, nutricionista, médico, u otro integrante del equipo de salud/ Profesionales espacio amigable (EA).	REM 19 Sección A. Actividades de promoción. REM 27 Educación para la salud.

a.2. Taller Grupal

Definición:

Actividad formativa de modalidad grupal, con 8 a 12 participantes, en grupos de adolescentes de 10 a 14 años, entre 15 a 19 años y 20 a 24 años.

Cada taller considera módulos abiertos o cerrados de 4 a 6 sesiones, con el propósito de desarrollar habilidades o destrezas y/o potenciar factores protectores/resilientes, que favorezcan el crecimiento y desarrollo saludable de adolescentes y jóvenes. Estas acciones deben considerar género, pertinencia cultural y marco valórico del grupo de adolescentes o jóvenes (Burke & cols, 2010; Janssen & cols, 2010; Semeniuk & cols, 2010; Aseltine & cols., 2007; Babiss & cols., 2009; Taliaferro & cols., 2008; Green, Wood, Kerfoot & cols., 2011).

La evidencia ha señalado efectividad cuando éstos se realizan en contextos focalizados, con personal entrenado y son manualizados (Kumpfer & Alvarado, 2003; Mason & cols., 2003)

Objetivos:

- Diagnosticar problemas y/o necesidades de salud.
- Desarrollar programa de talleres.
- Seleccionar contenidos y/o temáticas a desarrollar.
- Diseñar un plan de ejecución, evaluación y retroalimentación, considerando el costo para su implementación.

Acciones:

1.-Implementar los talleres de acuerdo a priorización temática: promoción de la salud Integral de adolescentes y jóvenes, salud sexual y reproductiva, salud mental, salud nutricional, discapacidad, salud bucal.
2.- Evaluar los talleres, con participación activa de adolescentes y jóvenes.

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
1 a 5% de adolescentes y jóvenes en control en el establecimiento	1 taller de 4 a 6 sesiones.	2 hora (1 hora por sesión y 1 hora planificación). 8 a 12 personas máximo.	Hora profesional según temática y recursos.	REM 19 Sección A. Actividades de promoción REM 27 Educación para la salud.

b. Ámbito de Prevención:

Se recomienda focalizar las acciones en población adolescente con mayores factores de riesgo, donde se requiere realizar acciones intra y extramurales, que involucren a todo el equipo de salud y sus programas, con enfoque interdisciplinario, junto con trabajo de coordinación intersectorial, con los municipios, establecimientos educacionales y otras instancias territoriales

b. 1 Control de Salud Integral de Adolescentes de 10 a 19 años

Definición:

Se define como la atención de salud integral de adolescentes, que permite evaluar el estado de salud, el crecimiento y normal desarrollo, fomentando precozmente los factores y conductas protectoras e identificando precozmente los factores y conductas de riesgo, así como los problemas de salud, con objeto de intervenir en forma oportuna, integrada e integral, con enfoque anticipatorio, participativo y de riesgo. (Black & cols., 2006; Ozer, Adams & cols, 2011; Pbert, Druker & cols, 2011).

La realización de este control implica que se incorporen los enfoques de derecho, determinantes sociales, género y diversidad cultural. Es la puerta de entrada para que adolescentes y jóvenes puedan tener acceso a las prestaciones de salud. Esta actividad permite y facilita que se inicien las intervenciones y estrategias propuestas para abordar las problemáticas adolescentes, así como, permite que se avance hacia el logro de cada una de las metas propuesta en la Estrategia Nacional de Salud. El control de salud, por lo tanto, debe ser realizado con altos estándares de calidad, de manera de optimizar esta excepcional oportunidad de intervenir tempranamente en forma preventiva.

En relación a esta prestación, existen las Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes "Control Joven Sano" (Minsal, 2012).

Objetivos:

- Evaluar y promover un crecimiento y desarrollo biopsicosocial saludable.
- Fomentar hábitos de vida saludables en adolescentes y sus familias.

- Identificar factores y conductas protectores y de riesgo del adolescente y su familia.
- Prevenir enfermedad y discapacidad en adolescentes.
- Pesquisar y otorgar manejo inicial a los problemas de salud prevalentes del adolescente.
- Educar en salud y en autocuidado al adolescente y a su familia.
- Entregar habilidades de uso adecuado de servicios al adolescente y su familia.
- Referir oportunamente aquellas situaciones o condiciones que ameriten clínicamente su atención y resolución por otros profesionales u otras disciplinas.

Acciones:

- Realizar anamnesis completa biopsicosocial y familiar, con instrumento ficha integral CLAP/OPS, que incluye:
- Motivos de consulta adolescente y acompañante.
- Antecedentes mórbidos personales y familiares.
- Estructura y funcionamiento familiar (uso del genograma).
- Vulnerabilidad social y familiar.
- Condición escolar y/o laboral.
- Hábitos: consumo de tabaco, sustancias y alcohol, alimentación y uso del tiempo libre, práctica de actividad física, TV y medios digitales.
- Situación psicosocial, estado de ánimo, percepción corporal, uso de redes sociales.
- Sexualidad y salud reproductiva.

Realizar examen físico

- Antropometría: Talla/Edad e IMC (según Orientaciones Técnicas)
- Control de presión arterial (Tablas sexo, edad, talla).
- Examen de visión con Tabla de Snellen.
- Examen dental general: caries, mal oclusiones y gingivitis.
- Examen de columna.
- Grados de Tanner, en caso de evaluación por médicos, matronas yenfermeras.
- Examen físico completo, en caso de evaluación por médicos.
- Realizar hipótesis diagnóstica, manejo inicial, indicaciones y derivación si es necesario.
- Revisar calendario de inmunizaciones, según norma. (Ver Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes, "Control Joven Sano", Minsal 2012)
- Realizar educación en autocuidado en salud.
- Indicar consulta seguimiento si procede.

Instrumentos a utilizar en el control de salud integral

- Ficha de atención integral CLAPS/OPS/OMS.
- Curvas antropométricas, de acuerdo a normas.
- Tablas de Presión Arterial.
- Tabla de Snellen.
- Criterios técnicos para evaluación de escoliosis.
- Tablas de evaluación Grados de Tanner.
- Balanza, altímetro.
- Manómetro.

Recurso Humano:

- Esta acción debe realizarla un profesional de salud -enfermera/o o matrona/ón-con competencias en desarrollo normal en adolescencia, dinámica familiar, y en problemáticas esperables en esta etapa del ciclo de vida, por cuanto deberán complementar el examen de salud. Esto está avalado por el artículo 113 y 117 del Código

Sanitario, respectivamente, y en el Dictamen Nº 61.850 de la Contraloría General de la República, sobre ámbito de aplicación de los servicios profesionales de las matronas y enfermeras en la gestión del cuidado, de septiembre de 2011.

- Las derivaciones que ocurran a partir del control, serán atendidas por un equipo multidisciplinario de profesionales motivados, empáticos y con competencias para atender adolescentes, formado por médico, enfermera/o, matrona/o, nutricionista, psicólogo/a, asistente social y odontólogo.

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
Según meta Iaaps y/o Orientaciones Programáticas	-De 10-14 años - 1 control anual -De 15-17 años - 1 control cada 2 años -De 18-19 años - 1 control cada 2 años	-1 por hora. (15 minutos de preparación por técnico paramédico y 45 minutos de atención por profesional)	Realizarán el "Control Joven Sano" Enfermeras o Matronas, apoyadas por técnicos paramédicos.	Registro Ficha CLAP y hoja diaria REM

b. 2 Atención Odontológica

Definición

Es un conjunto de prestaciones odontológicas conducentes a un alta odontológica integral de nivel primario de salud, que considera un examen de salud bucal con contenidos promocionales realizado a adolescentes y jóvenes por el odontólogo. El o la joven ha sido derivada por el equipo de salud desde el Control de Salud Integral del Adolescente, con el objetivo de evaluar el desarrollo del sistema estomatognático, reforzar indicaciones de formación de hábitos saludable en salud bucal y planificar y realizar procedimientos preventivos o recuperativos, según necesidad.

En el marco regulatorio existen las Orientaciones Anuales para la Planificación y Programación en Red, del Ministerio de Salud, en relación a esta prestación.

Objetivos:

- Identificar los problemas de salud bucal.
- Otorgar atención integral de salud bucal a adolescentes, de acuerdo a diagnóstico.
- Derivar según requerimientos y/o normas vigentes.
- Entregar consejería en hábitos saludable en salud bucal.

Acciones

- Realizar un completo examen físico y bucal.
- Enseñanza técnica de higiene bucal y control de placa bacteriana.
- Planificar y realizar tratamiento preventivo y/o recuperativo, según diagnóstico.
- Brindar atención de urgencia odontológica.

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
100% de la demanda. En el 2010, la cobertura de atención odontológica en adolescentes de 12 años alcanzó 69% a nivel nacional. (DEIS)	1. Acceso: 1 anual. 2.Tratamiento: según necesidad y daño	Según programa vigente	Hora odontólogo y técnico paramédico de odontología	Ficha clínica Hoja diaria Resumen estadístico mensual (REM): REM 09, secciones A, B, C, D, E, F, I y J

b. 3 Consulta de Salud Mental

Definición:

Es la intervención ambulatoria realizada por integrantes del equipo de salud general capacitados o por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría dirigida a personas consultantes, sus familiares o cuidadores, y a personas en las que se detectan factores de riesgo para desarrollar trastorno mental (Aseltine & cols, 2007; Burke & cols, 2010; Wilcox & cols, 2008; Semeniuk, Brown & cols., 2010).

Ver las Orientaciones Técnicas para la atención de adolescentes con problemas de salud mental, Minsal, 2009; Orientaciones técnicas para la atención de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales, Minsal, 2009; Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Minsal, (2000-2010).

Objetivo:

Evaluar integral y oportunamente un problema de salud mental, e iniciar tratamiento específico de acuerdo a protocolos y guías clínicas vigentes.

Acciones:

- Consejería en salud mental
- Evaluación Diagnóstica Psicosocial (incluye evaluación familiar, social, laboral, escolar, etc.,)
- Formulación Diagnóstica Clínica (realizada por médico de APS o de especialidad e incluye anamnesis, examen físico, hipótesis y confirmación diagnóstica, indicación terapéutica y solicitud de exámenes si corresponde).
- Indicación de Tratamiento (incluye diversas modalidades).
- Control y Seguimiento de indicaciones y evolución.
- Refuerzo a la Adhesión al Tratamiento.
- Rehabilitación Psicosocial.
- Entrenamiento de habilidades y psicoeducación.
- Indicación de derivaciones.

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
100% de la demanda	Según requerimiento individual, protocolos y guías vigentes	2 consultas por hora	Realizada por equipo de salud mental.	Ficha clínica y Hoja diaria, REM

b. 4 Intervención psicosocial grupal

Definición:

Es la intervención terapéutica realizada por integrantes del equipo de salud general capacitado o integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría, con un grupo de entre dos y doce personas (Barlow, Smailagic & cols, 2011; Alvarado, Erazo & cols, 2006; Rhew & cols, 2010).
Se realiza con grupos de usuarios:

- Consultantes
- Miembros de la familia de la persona consultante
- Familiares y cuidadores de varios consultantes
- Personas que presentan problemas de salud mental
- Personas con riesgo de trastorno mental

Puede ser realizada en establecimientos de salud de atención ambulatoria, en unidades de hospitalización, en dispositivos comunitarios (centros diurnos, casas club, clubes de integración social, otros) o en espacios propios de la comunidad. En relación a esta prestación, se sustenta en el marco regulatorio del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Minsal, (2000-2010).

Objetivos:

Otorgar apoyo emocional, educación para el auto cuidado, refuerzo de adhesión al tratamiento, refuerzo de las capacidades de la familia para el cuidado de la persona usuaria, apoyo a la rehabilitación psicosocial y reinserción social y laboral.

Acciones:

- Psicoeducación
- Talleres de desarrollo de habilidades (comunicación asertiva, manejo estrés, normas de crianza, desarrollo personal, resolución de conflictos)
- Actividades de entrenamiento de habilidades (conciencia de trastorno y adhesión al tratamiento; cognitivas: atención, concentración, memoria y funciones superiores; para la vida diaria: auto cuidado; instrumental, social, ocupacional y laboral)
- Actividades de entrenamiento en comportamientos de autoayuda
- Actividades de motivación para la participación social y comunitaria

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
100% de la demanda	Según requerimiento individual, protocolos y guías vigentes	2 consultas por hora	Realizada por equipo de salud mental.	Ficha clínica y Hoja diaria, REM

b.5 Consejería General

Definición:

Intervención psicosocial de una o más sesiones, donde se desarrolla un vínculo profesional-adolescente, en un espacio de confidencialidad, donde se escucha, acoge, informa y orienta, considerando sus necesidades y problemáticas particulares con el objetivo de ayudarles a reflexionar sobre su conducta, así como a tomar decisiones personales, que les permitan implementar y mantener conductas saludables (Guía Práctica de Consejería, Minsal, 2011).

Esta intervención puede también ser dirigida a padres, madres y adultos significativos, para ayudarlos en su rol de modelar y apoyar la implementación y mantención de conductas saludables en sus hijos e hijas. (OPS, 2006; Blum & cols, 2000; Franko & cols., 2008; Guyll & cols., 2004).Con relación a esta intervención, el Minsal publicó en el 2011 la "Guía Práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes, Orientaciones Generales".

Objetivos:

- Apoyar el desarrollo de determinadas capacidades para la toma de decisiones responsables, fomentando la confianza en sí mismo para poder enfrentar la presión de grupo y facilitar la construcción de su identidad.
- Apoyar a comprender la importancia de ejercer control sobre su conducta, así como de anticipar las consecuencias de sus acciones.
- Apoyar para el reconocimiento de sus necesidades, sentimientos, metas, barreras para el cambio, entre otros.
- Implementar un plan de acción para el cambio de conducta, evaluar progreso y monitorizar.
- Derivar a consejería especifica, según diagnóstico.
- Derivar a otro profesional, según problema de salud identificado.

Acciones:

- Realiza encuadre consejería: presentarse y explicar objetivos, duración y voluntariedad de la consejería, confidencialidad y sus límites.
- Realiza entrevista diagnóstica, donde evalúa la situación problema, facilita la expresión de sentimientos e identifica oportunidades de cambio.
- Orienta y guía la toma de decisiones.
- Apoya la implementación de un plan de acción, que fije metas específicas y realistas para el género y la edad.
- Monitorea el progreso en el cambio de la conducta.

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
100% de la demanda	2 sesiones (mínimo)	2 consultas por hora	Recurso profesional capacitado.	Ficha clínica y Hoja diaria, REM

b.6 Consejería en Salud Sexual y Reproductiva

Definición:

Se define como una relación de ayuda psicosocial personalizada, de comunicación horizontal, donde se escucha, acoge, informa y guía a adolescentes mujeres y hombres, solos o en pareja, para que puedan fortalecer su capacidad para la toma de decisiones y el desarrollo de conductas informadas y responsables en el ámbito de la sexualidad en forma integral. Es así que, la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva está orientada a la prevención, al fomento de la salud y a evitar riesgos de embarazo no intencionado, las ITS/VIH/SIDA y otros riesgos asociados a la conducta sexual en adolescentes.

La consejería se centra en las necesidades y requerimientos de adolescentes, de acuerdo al género, etapa de desarrollo, conocimientos, cultura, etnia y valores, y debe estar disponible para todos y no sólo para los que presentan conductas de riesgo en el ejercicio de la sexualidad. Esta intervención se basa en el documento OPS 2005, "Modelo de Consejería Orientada a los Jóvenes, en Prevención del VIH y para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva: Una guía para proveedores de primera línea.

Objetivos:

- Orientar y guiar la toma de decisiones y el desarrollo de conductas protectoras y responsables en el ejercicio de la sexualidad.
- Reforzar los derechos en salud sexual y reproductiva que tienen mujeres y hombres en la adolescencia.
- Evaluar y establecer planes de intervenciones en consejería diferenciadas según la intensión y conducta sexual y grado de motivación para el cambio de conducta, que considera acciones de prevención primaria o secundaria, según corresponda.

Acciones:

- Realizar un encuadre de consejería: presentarse y explicar objetivos, duración y voluntariedad de la consejería y confidencialidad y sus límites.
- Realizar entrevista diagnóstica orientada a:
  - Explorar valores y creencias, en el grupo de pares, familia y adolescentes.
  - Identificar las características de la pareja, si corresponde.
  - Clasificar los grados de petting y evaluar intensión, conducta sexual y grado de motivación para el cambio de conducta.
  - Evaluar conocimiento, uso métodos anticonceptivos, preservativos y percepción de riesgo de embarazo e ITS, barreras para el uso, etc.
- Apoyar la implementación de plan de intervención diferenciado, según diagnóstico de la intención y conducta sexual, y motivación para el cambio de conducta.
- Evaluar y monitorizar progreso del plan de acción para el cambio de conducta y su mantención.
- Derivar a otro profesional, según problema de salud identificado.

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
100% de la demanda	2 sesiones (mínimo)	2 consultas por hora	Hora matrona, enfermera matrona, médico	Ficha clínica y Hoja diaria, REM

b.7 Consejería en Regulación de la Fertilidad

Definición

Se define como una relación de apoyo psicosocial personalizada, de comunicación horizontal, donde se escucha, acoge, informa y guía a adolescentes mujeres u hombres, solos o en pareja, a fortalecer su capacidad para la toma de decisiones y la adquisición y mantenimiento de conductas protectoras, informadas y responsables en relación a la elección y uso de un método anticonceptivo y protección de ITS/VIH/SIDA.

Objetivos

- Fomentar el reconocimiento de la actividad sexual protegida para embarazo e ITS como la conducta más protectora.
- Incentivar el desarrollo de la necesidad de cambio en aquellos adolescentes con conductas de riesgo para embarazo o ITS.
- Reforzar información sobre tipos, características, mecanismo de acción y efectos secundarios de métodos anticonceptivos y condón.

Acciones

- Realizar encuadre consejería: presentarse y explicar objetivos, duración y voluntariedad de la consejería y la confidencialidad y sus límites.
- Realizar una entrevista diagnóstica orientada a:
  - Explorar valores y creencias de la persona consultante y de aquellos agentes socializadores y significativos o referentes en sexualidad.
  - Explorar tipo de relación actual y características de la pareja.
  - Realizar diagnóstico de conducta sexual y número de parejas, incluir grados de petting.
  - Explorar conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, preservativos y percepción de riesgo de embarazo e ITS.
- Desarrollar un plan de intervención orientado a:
  - Compartir información acerca de los beneficios de la prevención del embarazo no deseado e ITS como la conducta más protectora.
  - Compartir información sobre tipos, cracterísticas, mecanismo de acción y efectos secundarios de métodos anticonceptivos y condón.
  - Apoyar el desarrollo de la necesidad de usar protección dual.
  - Fortalecer habilidades y capacidades para negociar con la pareja el uso de MAC y condón.
  - Facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos y condones según la propia decisión de adolescentes hombres y mujeres cuando corresponda, reforzando la importancia de la protección dual (usar un método para prevenir embarazo al mismo tiempo que uno para prevenir las ITS).
  - Derivar a otro profesional, según problema de salud identificado.

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
100% de la demanda	2 sesiones (mínimo)	2 por hora	Hora matrona o enfermera matrona o médico capacitado	Ficha clínica y Hoja diaria, REM

b.8 Control de Regulación de la Fertilidad

Definición:

Es la atención integral proporcionada en forma oportuna y confidencial a adolescentes hombres y mujeres que desean regular su fecundidad, con el propósito de apoyar y orientar la toma de decisión en relación a elección y uso de un método anticonceptivo y protección de ITS/VIH-SIDA. Esta prestación está definida en las Normas Nacionales sobre Regulación de la Fecundidad vigentes. [17]

Objetivos

- Promover en adolescentes hombres y mujeres, a través de la consejería en salud sexual y reproductiva, el reconocimiento de la actividad sexual protegida, con método anticonceptivo y condón, como una conducta protectora para embarazo, VIH, Sida e ITS.
- Garantizar la prescripción y control de los métodos anticonceptivos y condones, de acuerdo a normas vigentes de regulación de la fecundidad.
- Promover y favorecer el establecimiento de Comites de Ética a nivel de los centros de atención primaria, constituidos por profesionales de salud y representantes judiciales (fiscal comunal), para resolver aquellos casos de actividad sexual en menores de 14 años.

Acciones:

Al ingreso

- Realizar anamnesis completa con énfasis en identificación de factores y conductas de riesgo y/o protección en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, relacionadas con hogar, educación, drogas, dietas, sexualidad y salud mental, y morbilidad general.

- Realizar examen físico completo, que incluya evaluación de estado nutricional, índice masa corporal, talla, presión arterial.

- Elección y prescripción del mejor método de regulación de la fecundidad, según sexo de adolescentes en consulta, de acuerdo a criterios de elegibilidad y que considere la gestión de riesgo para prevención de embarazo, VIH, Sida e ITS.

- Toma de muestra para citología cervical (PAP) y examen ginecológico, si corresponde, según normas vigentes (ver control de salud integral), pudiéndose diferir este examen para el segundo control, de manera de priorizar el vínculo y la elección del método.
- Solicitud de exámenes de laboratorio:
  - VDRL
  - Hemograma, según sea el caso
  - Test de VIH, según sea el caso

- Reforzar educación en relación a:
  - El método indicado.
  - Efectos colaterales y barreras de uso.
  - Importancia de cumplir indicaciones y tratamientos.
  - Autocuidado en salud.
  - Prevención de VIH/SIDA y violencia de género.
  - Derivar a otras consejerías, según corresponda.
  - Realizar primera respuesta de violencia de género, si corresponde.
  - Plan de controles, según método anticon ceptivo y condón (tratamiento dual) elegido.
  - Derivación o referencia, según normas.

[17] Normas Nacionales sobre Regulación de la Fecundidad, Minsal 2006.

- En controles siguientes, evaluar uso de método prescrito en control anterior y realizar acciones según norma vigente de regulación de fecundidad.

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
100% de la demanda espontánea (ingresos) y población citada.	4 controles al año.	3 por hora matrona y/o hora médico gineco-obstetra.	Hora, matrona y/o hora médico gineco-obstetra.	Ficha clínica y Hoja diaria, REM

b.9 Consejería sobre alimentación saludable y nutrición

Definición:

Se define como una relación de ayuda psicosocial, de comunicación horizontal, donde se escucha, acoge, informa y orienta a adolescentes y su familia, con el objetivo de apoyar la toma de decisiones, la adquisición y mantención de hábitos de alimentación saludables en materia de alimentación y nutrición, a fin de prevenir sobrepeso, obesidad, y otros trastornos alimentarios.

Ver Guías Alimentarias, Guías para una vida saludable I y II; Orientaciones Técnicas Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física, PASAF, Consejo Breve en Vida Sana y la Norma General Técnica Nº 76 "Guía Educativa para una vida saludable, Minsal, 2005, guías alimentarias, actividad física y tabaco".

Objetivos:

- Evaluar situación nutricional y alimentaria y motivación al cambio de conducta.
- Realizar consejería breve en alimentación saludable.
- Entregar información sobre alimentación y requerimiento nutricional, acorde a la necesidad individual y situaciones especiales de embarazo, madre lactante, deportes de rendimiento, enfermedades crónicas, hábitos vegetarianos o naturistas.
- Derivar adolescentes en condición de malnutrición, según pertinencia.
- Guiar la toma de decisiones e implementar planes de acción para la adquisición y mantención de conductas saludables.

Acciones:

- Realizar encuadre consejería: presentarse y explicar objetivos, duración y voluntariedad de la consejería y la confidencialidad y sus límites.
- Realizar una evaluación nutricional y alimentaria y motivación cuando se detecte la necesidad de cambio de conducta.
- Apoyar la implementación de un plan de acción según diagnóstico nutricional y alimentario y motivación al cambio de conducta.
- Ayudar a desarrollar planes de contingencia para hacer frente a situaciones de riesgo y apoyar en las recaídas.
- Evaluar y monitorear el plan y progreso del cambio.
- Derivar a otro profesional, según problema de salud identificado.

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
100% de la demanda	2 sesiones (mínimo)	2 por hora	Hora nutricionista, enfermera o médico capacitados.	Ficha clínica y Hoja diaria, REM

b. 10 Consejería sobre consumo de tabaco

Definición

Se define como una relación de ayuda psicosocial personalizada, de comunicación horizontal, que permite realizar una intervención específica para cada grupo de acuerdo al diagnóstico de la etapa de desarrollo en el consumo de tabaco, según las etapas de Flay y motivación al cambio, con el objetivo de prevenir, retardar la iniciación del hábito o apoyar el proceso de cesación del consumo de tabaco en adolescentes mujeres y hombres. En la implementación de la consejería es importante considerar las diferencias de género, cultura y la etapa evolutiva, acercando el lenguaje a la realidad individual del adolescente. Ver Manual para el Equipo de Salud, la cesación del consumo del tabaco, Minsal, 2003.

Objetivo:

- Apoyar la modificación de la actitud de aceptación, tolerancia personal y social hacia el consumo de tabaco.
- Fortalecer la conducta de no consumo y desarrollar habilidades para mantener la conducta en el tiempo.
- Favorecer el cambio de conducta tabáquica en aquellos adolescentes que presentan un patrón de consumo de tabaco.

Acciones:

- Realizar encuadre consejería: presentarse y explicar objetivos, duración y voluntariedad de la consejería y la confidencialidad y sus límites.
- Compartir información para aumentar los conocimientos sobre el tabaco y sus efectos nocivos a corto, mediano y largo plazo, clarificando mitos acerca de los efectos negativos biológicos y psicológicos, y sobre los riesgos a que se exponen los fumadores pasivos.
- Realizar un diagnóstico de la etapa del desarrollo del consumo de cigarrillos y la motivación al cambio de conducta.
- Implementar un plan de acción diferenciado de acuerdo a la motivación al cambio, y según etapas del comportamiento fumador en el desarrollo de consumo de tabaco en adolescentes (Flay, 1993).
- Ayudar a desarrollar planes de contingencia para hacer frente a situaciones de riesgo y apoyar en las recaídas.
- Evaluar y monitorear el plan y progreso del cambio.
- Derivar a otro profesional, según problema de salud identificado.

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
100% de la demanda	2 sesiones (mínimo)	2 por hora	Hora enfermera, matrona, asistente social, kinesiólogo, médico capacitado.	Ficha clínica y Hoja diaria, REM

b.11 Consejería en Drogas

Las intervenciones de prevención, educación y tratamiento, si es necesario, con adolescentes y jóvenes deben desarrollarse de forma cercana y apropiada a las necesidades de este grupo. Mejorar su acceso a la atención primaria podría resultar en tasas mayores de detección e intervención más precoz en este tema (Unodc, 2010).

Por su parte, el desarrollo de actividades preventivas a nivel comunal deben incorporar a la comunidad y ajustarse al perfil de riesgo de cada localidad, para poder contribuir al desarrollo seguro e integral de niños, adolescentes y adultos (Mathias, 2002).

Definición:

Se define como una relación de ayuda psicosocial personalizada, de comunicación horizontal, dirigida a adolescentes que presentan un consumo que no ha llegado a constituir un trastorno o a aquéllos que están en riesgo de consumir alguna droga, con el objetivo de prevenir o reducir el consumo de drogas ilícitas en adolescente, mujeres y hombres.

Las personas adolescentes que presentan niveles de consumo de riesgo moderado o un consumo de alto riesgo, deben ser derivadas para recibir un plan de tratamiento, según Guía Clínica, Consumo Perjudicial y Dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años.

En relación a esta prestación, existen los siguientes documentos regulatorios, Norma Técnica Nº 85: Tratamiento Adolescentes Infractores de Ley con problemas de alcohol y drogas, Minsal, 2006; Guía Clínica Detección y Tratamiento temprano de alcohol y otras sustancias sicoactivas, Minsal, 2005.

Objetivos:

- Aumentar el nivel de conocimiento acerca de los efectos biopsicosociales del consumo de drogas ilícitas.
- Modificar en adolescentes la actitud de aceptación y tolerancia hacia el consumo de drogas ilícitas.
- Fortalecer en adolescentes la conducta de no consumir drogas ilícitas, reforzando la conducta de no consumo y las estrategias utilizadas para lograrlo.
- Favorecer el cambio de la conducta en adolescentes que presentan un patrón de consumo de bajo riesgo.

Acciones:

- Realizar encuadre consejería: presentarse y explicar objetivos, duración y voluntariedad de la consejería y la confidencialidad y sus límites.
- Compartir información acerca de los efectos biopsicosociales del consumo de drogas, aclarando mitos acerca de las sustancias y el consumo, reafirmando la existencia de consecuencias negativas al consumo.
- Realizar un diagnóstico del riesgo de la conducta de consumo de drogas, según Guía Clínica Consumo Perjudicial y Dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años.
- Evaluar la intención de consumo dentro de los próximos 6 meses y la motivación al cambio de conducta.
- Implementar un plan de acción diferenciado de acuerdo a la motivación al cambio, y según intención y conducta de consumo.
- Ayudar a desarrollar planes de contingencia para hacer frente a situaciones de riesgo y apoyar en las recaídas.
- Evaluar y monitorear el plan y progreso del cambio.

- Derivar a otro profesional, según problema de salud identificado.

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
100% de la demanda	2 sesiones (mínimo)	2 por hora	Hora enfermera, matrona, asistente social, kinesiólogo, médico capacitado.	Ficha clínica y Hoja diaria, REM

b. 12 Consejería para la prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis en gestantes

Definición

Se define como la atención brindada a la gestante, en la cual, se le entrega información clara y concisa, confidencial, para facilitar la evaluación de riesgos y apoyar la toma de exámenes para la detección del VIH.

En relación a esta prestación, el marco regulatorio existente en el Minsal contempla: el Manual de Consejería abreviada para la prevención de la transmisión vertical del VIH, Minsal, 2005, y la Norma Nº 81: Prevención Vertical del VIH, Minsal, 2005.

Objetivo

Entregar información con el fin de evaluar los riesgos de exposición y promover la toma del examen de detección VIH.

Acciones:

- Informar sobre los elementos básicos de la transmisión y prevención del VIH/SIDA.
- Informar sobre la transmisión vertical del VIH.
- Solicitar los exámenes de detección del VIH.
- Derivar a toma de muestra para exámenes.
- Entregar información sobre otros espacios de consejería, directa y telefónica.
- Derivar a consejería en gestión de riesgo para el VIH/SIDA e ITS si corresponde

Posterior al examen, se deben realizar las siguientes actividades:

- Entregar el resultado final del examen de detección del VIH.
- Reforzar las estrategias preventivas del VIH y otras ITS durante el embarazo.
- Entregar material informativo para la prevención del VIH y las ITS.
- Brindar apoyo emocional si el resultado es positivo.
- Informar sobre autocuidado durante el embarazo y prevención de la transmisión vertical del VIH si corresponde.
- Informar sobre procedimiento de control de embarazo en los niveles que corresponden y derivación a Alto Riesgo Obstétrico (ARO) y a Centro de Atención VIH si corresponde.
- Entregar condones para la prevención secundaria del VIH si corresponde.
- Apoyar la adherencia a tratamiento, exámenes y a controles periódicos si corresponde.

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
100% de la demanda	1 sesión	3 por hora	Hora matrona, enfermera-matrona, médico.	Ficha clínica y Hoja diaria, REM

b. 13 Consejería para la Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA

Definición:

Se define como la atención en la cual, se evalúan las vulnerabilidades y riesgos personales, por genero frente al VIH y las ITS, se actualiza información y se planifican estrategias de prevención en forma personalizada. La oferta del examen de detección del VIH y otros exámenes se realizan si los antecedentes recopilados lo justifican.

Para completar esta prestación, ver el Manual de Formación Básica en Consejería para el VIH y las ITS, Minsal, 2011 y el Manual de Consejería para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH, Minsal, 2006.

Objetivo:

Evaluar las vulnerabilidades y riesgos personales frente al VIH y las ITS de adolescentes consultantes.

Entregar información básica sobre el VIH y las ITS.

- Indagar elementos de vulnerabilidad personal relacionada con la gestión del riesgo para el VIH y las ITS.
- Informar sobre los elementos básicos de la transmisión y prevención del VIH y las ITS.
- Reforzar el plan personal de prevención elegido para la gestión del riesgo al VIH y las ITS: Enseñar el uso del preservativo, entregar preservativos si corresponde
- Tomar acuerdos para la solicitud de exámenes y entrega de resultados si corresponde.
- Derivar a toma de muestra para exámenes si corresponde.

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
100% de la demanda	Según lo observado	2 por hora	Hora matrona, enfermera-matrona, médico	Ficha clínica y Hoja diaria, REM

b. 14 Visita Domiciliaria Integral

La estrategia "visita domiciliaria" para la prevención de segundo embarazo en adolescentes ha sido evaluada en estudios que utilizan el seguimiento domiciliario de casos vulnerables, demostrando resultados con aumento del período intergenésico en el 79% de las adolescentes intervenidas (Gray, Sheeder & cols, 2006; Rehnstrom & Velandia, 2006).

Definición

Estrategia de intervención realizada por integrantes del equipo de salud general capacitados. Se desarrolla en el marco del plan de acción diseñado conjuntamente, debe contar con consentimiento informado y privacidad en su ejecución.

Se realiza en el domicilio, e incluye a adolescentes y familiares y/o cuidadores.
Su marco regulatorio se encuentra en las Orientaciones Técnicas Visita Domiciliaria Integral para el desarrollo biopsicosocial de la infancia, Minsal, 2008.

Objetivo:

- Desarrollar vinculo que favorezca completar la evaluación diagnóstica integral, en los ámbitos sociales, familiar, laboral, escolar, entre otros, y la adherencia a las recomendaciones co-construidas entre profesional y adolescente.
- Favorecer dinámicas del entorno relacional y emocional adolescente, de modo de mejorar el apoyo, auto cuidado, proyecto de vida, adhesión al tratamiento y prevención de segundo embarazo.
- Favorecer la disminución de factores de riesgo detectados en control de salud integral o en control de embarazo.
- Favorecer uso de redes que promuevan el desarrollo y calidad de vida adolescente.

Acciones:

- Utilizar el ambiente del hogar para ayudar a padres/madres/cuidadores a crear oportunidades de aprendizaje adecuado, basada en rutinas diarias.
- Seguimiento del desarrollo del embarazo adolescente.
- Enseñar sobre desarrollo infantil y estimulación temprana.
- Identificar y tratar a niños y niñas con necesidades especiales, con retraso en el desarrollo u otro tipo de discapacidad.
- Guiar el uso adecuado de los recursos comunitarios.
- Trabajar con familias que viven en comunidades rurales y/o no pueden acceder a los servicios que necesitan.
- Mejorar la relación padre/madre/hijos/hijas.

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
100% de la demanda en población vulnerable	Según normas vigentes	2 horas	Realizada por profesionales del equipo de salud.	Ficha clínica y Hoja diaria, REM

c. Ámbito de Tratamiento Recuperación, Rehabilitación

Las actividades para tratamiento integral de adolescentes de ambos sexos con un problema de salud, las realizan los equipos de salud general. Su objetivo es la modificación de los factores biológicos, psicológicos y sociales que condicionan y/o, desencadenan la enfermedad. La capacidad de resolución del equipo de salud general, está estrechamente relacionada con los recursos del establecimiento, las competencias profesionales y los lineamientos regulatorios.

Se realizarán, según guías clínicas vigentes si corresponden a patología GES; de acuerdo a las orientaciones técnicas, y orientaciones programáticas y de acuerdo a las guías y protocolos, normas y leyes vigentes.

c.1 Consulta Médica

Definición:

Es la atención integral otorgada por médico, dirigida a adolescentes, con el fin de identificar factores de riesgo/protección, evaluar la situación de salud física y/o mental y de acuerdo a los problemas de salud identificados, para buscar su tratamiento y recuperación lo más pronto posible.

Objetivo:

Diagnosticar y tratar oportunamente los problemas de salud presentes en adolescentes consultantes, con el fin de recuperar su salud.

Acciones:

- Realizar anamnesis y examen físico (incluye algunos procedimientos mínimos y habituales, tales como: medición de presión arterial, otoscopia, medición de peso y talla).
- Evaluación integral del estado de salud.
- Diagnóstico integral de salud.
- Referencia a otro profesional para consejería, según corresponda.
- Referencia a otro profesional para tratamiento y control de problemas, según corresponda.
- Solicitud de exámenes si corresponde.
- Indicar tratamiento correspondiente.

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
100% de la demanda	Según normas vigentes	3 horas	Hora médico.	Ficha clínica y Hoja diaria, REM

c.2 Consulta Médica de Salud Mental

Definición

Atención clínica dirigida a adolescentes que presentan factores de riesgo y/o se sospecha un problema de salud mental o una enfermedad mental y se requiere confirmar el diagnóstico. Esta atención puede realizarse en compañía o no de un adulto significativo.

Esta prestación tiene su marco normativo en los siguientes documentos regulatorios:

- Norma Técnica en rehabilitación psicoso-

cial para personas mayores de 15 años con trastornos psiquiátricos severos y discapacidad, Minsal, 2006.
- Guía Clínica detección y tratamiento temprano del consumo problema y la dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas, Minsal, 2006.
- Guía Clínica depresión en personas de 10 a 14 años, 2009; Guía para la atención de víctimas de abuso sexual en niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, Minsal, 2011.
- Orientaciones técnicas para la atención de adolescentes con problemas de salud mental, Minsal, 2009.

Objetivos

Realizar diagnóstico clínico e Iniciar tratamiento y/o realizar la referencia si es de pertinente

Acciones *

- Confirmación Diagnóstica
- Tratamiento
- Control y seguimiento del tratamiento indicado

*Según protocolos y guías clínicas vigentes.

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
100% de la demanda	Según requerimiento individual, protocolos y guías vigentes.	2 consultas por hora.	Hora médico.	Ficha clínica y Hoja diaria, REM

c. 3 Habilitación y Rehabilitación Física, Sensorial y Múltiple

Definición:

En el Programa de Rehabilitación Integral es una intervención fundamentalmente ambulatoria, con posibilidad de atención en régimen de hospitalización de corta y mediana estadía, realizada por integrantes del equipo de la red de rehabilitación que puede entregar orientación y soporte a otros profesionales de la Red de Salud para la oportuna derivación de adolescentes consultantes, sus familiares o cuidadores. En esta intervención se detectan factores de riesgo para deterioro de su desempeño en comunidad y/o incremento del riesgo de entrar en situación de discapacidad de la persona que cuida.

Objetivos:

- Re-vincular a la persona en situación de discapacidad (PSD) con los servicios de la Red de Salud General.
- Re-vincular a las cuidadoras de la PSD con servicios de la Red de Salud General (especial énfasis en personas que presentan enfermedades crónicas no controladas).
- Facilitar vinculación con la Red de Rehabilitación para intervención de trastorno músculo esquelético (especial énfasis en cuidadoras).

- Facilitar vinculación con la Red de Rehabilitación para orientación vocacional/laboral/productiva y uso del tiempo libre.
- Iniciar tratamiento. Realizar la referencia si es de pertinencia.

Acciones:

- Control y seguimiento de indicaciones y evolución.
- Refuerzo a la adhesión al tratamiento de rehabilitación.
- Indicación de derivaciones.

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
100% de la demanda	Según requerimiento individual, protocolos y guías vigentes.	2 consultas por hora.	Hora médico.	Ficha clínica y Hoja diaria, REM

c. 4 Consulta Nutricional

Definición:

Es la atención dietética o dietoterapéutica proporcionada a adolescentes sanos o con alteraciones de tipo fisiopatológico o nutricional, con el propósito de contribuir a modificar hábitos alimentarios inadecuados y reforzar los adecuados en su alimentación, favoreciendo así una nutrición saludable.

Ver Guías para una vida saludable I y II; Orientaciones Técnicas Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física, Minsal, 2008-2009.

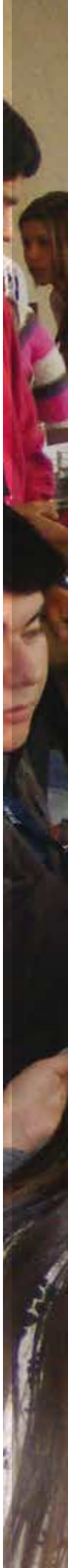
Objetivo:

Otorgar atención nutricional y dietética adecuada y oportuna a la situación de cada adolescente que lo requiere, mejorando su condición nutricional y de salud.

Acciones:

- Anamnesis nutricional y clínica (aversiones, preferencias, alergias y hábitos alimentarios, creencias, tiempos de comida, detectar conductas de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios).
- Estudio y Evaluación Dietética:
  - Encuesta alimentaria (Abreviada Tendencia de Consumo y recordatorio 24 horas) para la evaluación cuali y cuantitativa de la dieta. Adecuación de nutrientes.
  - Observación clínica: Condiciones generales, búsqueda de signos carenciales nutricionales específicos, análisis de indicadores bioquímicos, otros.
- Antropometría: Peso, talla, perímetro de cintura Determinación de IMC. Diagnóstico Alimentario- Nutricional, según Norma ministerial vigente.
- Prescripción dietética o dietoterapéutica, según corresponda.
- Educación Alimentaria: sobre la base de Guías Alimentarias, cambio de hábitos inadecuados detectados en el estudio de la dieta y prevención de ETAs.
- Derivación a otros profesionales y/o niveles de atención, según corresponda.

Cobertura	Concentración	Rendimiento	Instrumento	Registro
Según demanda	Mínima 2	2 por hora.	Hora nutricionista	Ficha clínica y Hoja diaria, REM



CAPÍTULO III
PLAN DE MONITOREO

Indicadores Nivel Nacional

Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	Descripción	Formato	Fuente de dato	Periodicidad	Responsable seguimiento
Resultado	Efectividad	Tasa de mortalidad por suicidio en población de 10 a 19 años	N° muertes por suicidio en población de 10-19 años X100.000 /Total población de 10-19 años	DEIS	Anual	Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Programa de Salud Mental
Resultado	Efectividad	Tasa de mortalidad por suicidio en población de mujeres 10 a 19 años	N° muertes por suicidio en mujeres de 10-19 años X100.000 /Total población de mujeres 10-19 años	DEIS	Anual	Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Programa de Salud Mental
Resultado	Efectividad	Tasa de mortalidad por suicidio en población de hombres 10 a 19 años	N° muertes por suicidio en hombres de 10-19 años X100.000 /Total población de hombres 10-19 años	DEIS	Anual	Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Salud Pública Programa de Salud Mental
Centinela	Efectividad	Muertes por suicidio en población adolescente de 10 a 19 años	N° de muertes,según sexo ocurridas por suicidio en población de 10 a 19 años	DEIS	Anual	Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Salud Pública Programa de Salud Mental
Resultado	Efectividad	Tasa de fecundidad específica en población menor de 19 años	N° de nacidos vivos de mujeres de 10 a 19 años x1000 / Total población de mujeres de 10 a 19 años	DEIS	Anual	Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Programa Salud de la Mujer
Resultado	Efectividad	Tasa de fecundidad específica en población de 10 a 14 años	N° de nacidos vivos de mujeres de 10 a 14 años x1000/Total población de mujeres de 10 a 14 años	DEIS	Anual	Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Programa Salud de la Mujer
Resultado	Efectividad	Tasa de fecundidad específica en población de 15 a 19 años	N° de nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años x1000 / Total población de mujeres de 15 a 19 años	DEIS	Anual	Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Programa Salud de la Mujer

Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	Descripción	Formato	Fuente de dato	Periodicidad	Responsable seguimiento
Centinela	Efectividad	Muertes maternas de adolescentes de 10 a 19 años causa obstétrica	Nº de muertes maternas de adolescentes de 10 a 19 años por causa obstétrica	DEIS	Trimestral	Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Programa Salud de la Mujer
Centinela	Efectividad	Muertes perinatales de madres adolescentes	Nº de muertes perinatales, de madres adolescentes menores de 19 años	DEIS	Trimestral	Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Programa Salud de la Mujer
Centinela	Efectividad	Muertes infantiles de madres adolescentes	Nº de muertes de menores de 1 año, hijos de madres adolescentes menores de 19 años	DEIS	Trimestral	Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Programa Salud de la Infancia
Resultado	Eficiencia	Tasa de morbilidad específica por cáncer, en adolescentes menores de 19 años	Nº adolescentes de 10 a 19 con diagnóstico específico de cáncer x1000 / Total de población de adolescentes menores de 19 años	DEIS	Anual	Depto. ECNT Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes
Proceso	Eficiencia	Comunas por región focalizadas para realizar estrategia control joven sano	Listado comunas focalizadas por región	Convenios con Municipios firmados de los Servicios de Salud -	Primer mes de ejecución	Referente: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes DIVAP
Proceso	Eficiencia	% de comunas focalizadas con convenio firmado	Nº de comunas focalizadas con convenio firmado x100/ Total comunas focalizadas en la región	Convenios con Municipios firmados de los Servicios de Salud	Primer trimestre ejecución	Servicios de Salud
Resultado	Eficiencia	% de adolescentes con controles: Joven Sano realizados, según sexo	Nº de adolescentes con control Joven Sano realizados, según sexo, x100/ Nº total país de adolescentes con control joven sano planificados	REM	Semestral l	Referente: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes DIVAP

Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	Descripción	Formato	Fuente de dato	Periodicidad	Responsable seguimiento
Resultado	Eficiencia	% de adolescentes con controles: Joven Sano de 10-14,según sexo, realizados	Nº de adolescentes con control Joven Sano realizados, de 10-14 años, según sexo, x100/ Nº total país de adolescentes con control joven sano planificados	REM	Semestral	Referente: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes DIVAP
Resultado	Eficiencia	% de adolescentes con controles: Joven Sano de 10-14,según sexo, realizados	Nº de adolescentes con control Joven Sano realizados, de 15-19 años, según sexo, x100/ Nº total país de adolescentes con control joven sano planificados	REM	Semestral	Referente: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes DIVAP
Resultado	Eficiencia	% de adolescentes controlados referidos a consejería	Nº de adolescentes, según sexo, con control de Joven Sano referidos a consejería, x100/ Nº total de adolescentes con controles Joven sano realizados	Ficha CLAP/ registros del establecimiento	Semestral l	Referentes: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes DIVAP
Resultado	Eficiencia	Tasa anual de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva*, en adolescentes de 10 a 19 años, por SS.	Nº de adolescentes que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva de 10-19 años, por SS x 1.000 / Total de población adolescente inscritos	DEIS	Anual	Programa Nacional de Salud Integral Adolescente y Jóvenes Programa SIDA VIH Programa de Salud de la Mujer
Resultado	Eficiencia	% de adolescentes controlados referidos a consulta de morbilidad	Nº de adolescentes, según sexo, con control de Joven Sano referidos a consulta de morbilidad, x100/ Nº total de de adolescentes con controles joven sano realizados en la región	Ficha CLAP/ registros del establecimiento	Anual	Referentes: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes DIVAP
Resultado	Eficiencia	Tasa anual de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva*, en adolescentes mujeres de 10 a 19 años, por SS.	Nº de adolescentes mujeres de 10-19 años que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva, por SS x 1.000 / Total de población de mujeres adolescentes de 10 a 19 años inscritas	DEIS	Anual	Programa Nacional de Salud Integral Adolescente y Jóvenes Programa de prevención y control de VIH/SIDA e ITS Programa de Salud de la Mujer

Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	Descripción	Formato	Fuente de dato	Periodicidad	Responsable seguimiento
Resultado	Eficiencia	Tasa anual de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva*, en adolescentes hombres de 10 a 19 años, por SS.	Nº de adolescentes hombres de 10-19 años que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva, por SS x 1.000 / Total de población de hombres adolescente inscritos	DEIS	Anual	Programa Nacional de Salud Integral Adolescente y Jóvenes Programa de prevención y control de VIH/SIDA e ITS Programa de Salud de la Mujer
Resultado	Eficiencia	Incidencia de casos registrados de VIH/Sida en población adolescente, según sexo	Nº de casos nuevos de VIH/Sida notificados, en población adolescente, según sexo x 100 / Total de casos nuevos de VIH/Sida Notificados	DEIS/ Departamento de Epidemiología	Anual	Programa Nacional de Salud Integral Adolescente y Jóvenes Programa de prevención y control de VIH/SIDA e ITS
Resultado	Proceso	Exámenes tomados de VIH en población adolescente, según sexo	Nº de exámenes de VIH notificados, en población adolescente, según sexo x 100 / Total de casos nuevos de VIH Notificados	DEIS/ departamento de Epidemiología	Anual	Programa Nacional de Salud Integral Adolescente y Jóvenes Programa de prevención y control de VIH e ITS
Resultado	Eficiencia	Incidencia de casos registrados de Sida en población adolescente, según sexo	Nº de casos nuevos de Sida notificados, en población adolescente, según sexo x 100 / Total de casos nuevos de Sida Notificados	DEIS/ departamento de Epidemiología	Anual	Programa Nacional de Salud Integral Adolescente y Jóvenes Programa de prevención y control de SIDA e ITS
Resultado	Eficiencia	Incidencia de casos registrados de Sífilis en población adolescente, según sexo	Nº de casos nuevos de Sífilis notificados, en población adolescente, según sexo x 100 / Total de casos nuevos de Sífilis Notificados	DEIS/departamento de Epidemiología	Anual	Programa Nacional de Salud Integral Adolescente y Jóvenes Programa de prevención y control de Sífilis e ITS
Resultado	Eficiencia	Incidencia de casos registrados de Gonorrea en población adolescente, según sexo	Nº de casos nuevos de Gonorrea notificados, en población adolescente, según sexo x 100 / Total de casos nuevos de Gonorrea Notificados	DEIS/ departamento de Epidemiología	Anual	Programa Nacional de Salud Integral Adolescente y Jóvenes Programa de prevención y control de Gonorrea e ITS

Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	Descripción	Formato	Fuente de dato	Periodicidad	Responsable seguimiento
Resultado	Efectividad	Tasa de mortalidad por accidentes de tránsito en población adolescente, según sexo	Nº de muertes en adolescentes menores de 19 años, por accidentes de tránsito x 100.000 / Total de población adolescente de 10 a 19 años	DEIS	Anual	Programa de Salud Mental
Proceso	Eficiencia-Accesibilidad	Porcentaje de adolescentes en control de regulación de fecundidad, según método anticonceptivo	Nº de adolescentes en control de regulación de fecundidad, según método anticonceptivo x100 / Total de población adolescentes inscritos	DEIS	Anual	Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Programa Salud de la Mujer
Resultado	Efectividad	Edad promedio de la primera relación sexual	Edad promedio de la primera relación sexual, según sexo	Encuesta Injuv	Bianual	Programa Nacional de Salud Integral Adolescente y Jóvenes Programa de prevención y control de VIH/SIDA e ITS
Resultado	Eficiencia	Prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente	Nº de adolescentes que utilizan consistentemente condón en sus relaciones sexuales x100 / Total de adolescentes sexualmente activos	ENCUESTA INJUV	cada 2 años	Programa Nacional de Salud Integral Adolescente y Jóvenes Programa de prevención y control de VIH/SIDA e ITS
Resultado	Eficiencia	Prevalencia de consumo de tabaco	Nº de adolescentes que refieren consumo de alcohol, en población adolescente según población encuestada	Encuesta Senda	cada 2 años	Programa de Salud Mental
Resultado	Efectividad	Prevalencia de consumo de alcohol en población adolescente	Nº de adolescentes que refieren consumo de alcohol, en población adolescente según población encuestada	Encuesta Senda	Quinquenal	Programa de Salud Mental

Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	Descripción	Formato	Fuente de dato	Periodicidad	Responsable seguimiento
Resultado	Efectividad	Prevalencia de consumo de drogas en población adolescente	Nº de adolescentes que refieren consumo de drogas, en población adolescente según población encuestada	Encuesta Senda	Quinquenal	Programa de Salud Mental
Resultado	Efectividad	Prevalencia de actividad física suficiente en población adolescentes y jóvenes	Nº de adolescentes que refieren actividad física suficiente, según población encuestada	Encuesta Nacional de Salud y/o Simce de Educación Física	ENS trianual	Departamento de Nutrición Departamento de Epidemiología
Proceso	Eficiencia	Tasa anual de adolescentes, que ingresan a tratamiento por depresión, por SS	Nº de adolescentes ingresados a tratamiento por depresión x1000/ Total de población adolescentes inscrita	DEIS	Anual	Departamento de Salud Mental
Proceso	Eficiencia-Accesibilidad	Porcentaje anual de adolescentes mujeres, con diagnóstico de depresión, que ingresan a tratamiento por SS	Nº de adolescentes mujeres, con depresión ingresadas a tratamiento x100 / Nº total de adolescentes mujeres con diagnóstico de depresión	DEIS	Anual	Dpto. Salud Mental
Proceso	Eficiencia-Accesibilidad	Porcentaje anual de adolescentes hombres, con diagnóstico de depresión, que ingresan a tratamiento por SS	Nº de adolescentes hombres, con depresión ingresados a tratamiento x100 / Nº total de adolescentes hombres con diagnóstico de depresión	Proceso	Anual	Dpto. Salud Mental
Proceso	Eficiencia-Accesibilidad	Tasa anual de adolescentes que ingresan a tratamiento por trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas por SS	Nº de adolescentes que ingresan a tratamiento por trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas x1000 / Total de población adolescentes inscritos	Proceso	Anual	Dpto. Salud Mental

Indicadores Nivel Regional: Seremi

Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	Descripción	Formato	Fuente de dato	Periodicidad	Responsable seguimiento
Resultado	Efectividad	Tasa regional de mortalidad por suicidio en población de 10 a 19 años	Nº muertes por suicidio en población de 10-19 años, en la región, X100.000/ Total población regional de 10-19 años	DEIS	Anual	Encargados: Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes de Seremi Programa de Salud Mental
Resultado	Efectividad	Tasa regional de mortalidad por suicidio en población de mujeres 10 a 19 años	Nº muertes por suicidio en mujeres de 10-19 años en la región, X100.000/ Total población regional de mujeres 10-19 años	DEIS	Anual	Encargados: Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Programa de Salud Mental
Resultado	Efectividad	Tasa regional de mortalidad por suicidio en población de hombres 10 a 19 años	Nº muertes por suicidio en hombres de 10-19 años, en la región X100.000/ Total población regional de hombres 10-19 años	DEIS	Anual	Encargados: Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Salud Pública. Programa de Salud Mental
Centinela	Efectividad	Muertes por suicidio en población adolescente de 10 a 19 años de la región	Nºde muertes ocurridas en la región, por suicidio, en población de 10 a 19 años	DEIS	Trimestral	Encargados: Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Salud Pública Programa de Salud Mental
Resultado	Efectividad	Tasa regional de fecundidad en población menor de 19 años	Nº de nacidos vivos de mujeres de 10 a 19 años, en la región x1000/ Total de población regional de mujeres de 10 a 19 años	DEIS	Anual	Encargados: Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Programa Salud de la Mujer
Resultado	Efectividad	Tasa regional de fecundidad en población de 10 a 14 años	Nº de nacidos vivos de mujeres de 10 a 14 años, en la región x1000/ Total población regional de mujeres de 10 a 14 años	DEIS	Anual	Encargados: Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Programa Salud de la Mujer

Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	Descripción	Formato	Fuente de dato	Periodicidad	Responsable seguimiento
Resultado	Efectividad	Tasa regional de fecundidad en población de 15 a 19 años	Nº de nacidos vivos de mujeres de 15 a 19 años , en la región x1000/ Total población regional de mujeres de 15 a 19 años	DEIS	Anual	Encargados: Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Programa Salud de la Mujer
Centinela	Efectividad	Muertes maternas de adolescentes de 10 a 19 años, por causa obstétrica, en la región	Nº de muertes maternas de adolescentes de 10 a 19 años por causa obstétrica, en la región	DEIS	Trimestral	Encargados: Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Programa Salud de la Mujer
Centinela	Efectividad	Muertes regionales perinatales de madres adolescentes	Nº de muertes perinatales, de madres adolescentes menores de 19 años, en la región	DEIS	Trimestral	Encargados: Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Programa Salud de la Mujer
Centinela	Efectividad	Muertes infantiles de madres adolescentes, en la región	Nº de muertes de menores de 1 año, hijos de madres adolescentes menores de 19 años, de la región	DEIS	Trimestral	Encargados: Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Programa Salud de la Infancia
Resultado	Eficiencia	Tasa regional de morbilidad específica por cáncer, en adolescentes menores de 19 años	Nº adolescentes de 10 a 19 con diagnóstico específico de cáncer, en la región x1000/ Total de población regional de adolescentes menores de 19 años	DEIS	Anual	Encargados: Depto. ECNT Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes
Proceso	Eficiencia	Comunas por región focalizadas para realizar estrategia control joven sano	Listado comunas focalizadas por región	Convenios con Municipios firmados de los Servicios de Salud -	Primer mes de ejecución	Referentes: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes SEREMI Servicios de Salud

Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	Descripción	Formato	Fuente de dato	Periodicidad	Responsable seguimiento
Proceso	Eficiencia	% de comunas focalizadas con convenio firmado	Nº de comunas focalizadas con convenio firmado x100/ Total comunas focalizadas en la región	Convenios con Municipios firmados de los Servicios de Salud	Primer trimestre ejecución	Referentes: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes SEREMI y Servicios de Salud
Resultado	Eficiencia	% de adolescentes con controles: Joven Sano realizados en la región según sexo	Nº de adolescentes con control Joven Sano realizados, según sexo, x100/ Nº total de adolescentes con control joven sano planificados en la región	REM	Trimestral	Referentes: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes SEREMI
Resultado	Eficiencia	% de adolescentes con controles: Joven Sano de 10-14,según sexo, realizados en la región	Nº de adolescentes con control Joven Sano realizados, de 10-14 años, según sexo, x100/ Nº total de adolescentes con control joven sano planificados en la región	REM	Trimestral	Referentes: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes SEREMI y Servicios de Salud
Resultado	Eficiencia	% de adolescentes con controles: Joven Sano de 10-14,según sexo, realizados en la región	Nº de adolescentes con control Joven Sano realizados, de 15-19 años, según sexo, x100/ Nº total de adolescentes con control joven sano planificados en la región	REM	Trimestral	Referentes: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes SEREMI y Servicios de Salud
Resultado	Eficiencia	% de adolescentes controlados referidos a consejería	Nº de adolescentes, según sexo, con control de Joven Sano referidos a consejería, x100/ Nº total de adolescentes con controles Joven sano realizados en la región	Ficha CLAP/ registros del establecimiento	Trimestral	Referentes: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes SEREMIS y Servicios de Salud
Resultado	Eficiencia	Tasa de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva*, en adolescentes de 10 a 19 años, por SS.	Nº de adolescentes que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva de 10-19 años, por SS x 1.000/ Total de población adolescente inscritos	DEIS	Anual	Encargados: Programa de Salud Integral Adolescente y Jóvenes Programa SIDA VIH Programa de Salud de la Mujer

Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	Descripción	Formato	Fuente de dato	Periodicidad	Responsable seguimiento
Resultado	Eficiencia	Tasa anual de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva*, en adolescentes mujeres de 10 a 19 años, por SS.	Nº de adolescentes mujeres de 10-19 años que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva, por SS x 1.000/ Total de población de mujeres adolescentes de 10 a 19 años inscritas	DEIS	Anual	Encargados: Programa de Salud Integral Adolescente y Jóvenes Programa de prevención y control de VIH/SIDA e ITS Programa de Salud de la Mujer
Resultado	Eficiencia	Tasa anual de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva*, en adolescentes hombres de 10 a 19 años, por SS.	Nº de adolescentes hombres de 10-19 años que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva, por SS x 1.000/ Total de población de hombres adolescente inscritos	DEIS	Anual	Programa de Salud Integral Adolescente y Jóvenes Programa de prevención y control de VIH/SIDA e ITS Programa de Salud de la Mujer
Resultado	Eficiencia	Incidencia regional de casos registrados de VIH/Sida en población adolescente, según sexo	Nº de casos nuevos de VIH/Sida notificados, en población adolescente, según sexo, en la región x 100/ Total de casos nuevos de VIH/Sida Notificados, en la región	DEIS	Anual	Encargados: Programa de Salud Integral Adolescente y Jóvenes Programa de prevención y control de VIH/SIDA e ITS
Resultado	Efectividad	Tasa regional de mortalidad por accidentes de tránsito en población adolescente, según sexo	Nº de muertes en adolescentes menores de 19 años, por accidentes de tránsito, en la región x 100.000/ Total de población regional de adolescente de 10 a 19 años	DEIS	Anual	Encargado Programa de Salud Mental
Proceso	Eficiencia-Accesibilidad	Porcentaje regional de adolescentes en control de regulación de fecundidad, según método anticonceptivo	Nº de adolescentes en control de regulación de fecundidad, según método anticonceptivo, en la región x100/ Total regional de población adolescentes inscritos	DEIS	Anual	Encargado Programa Salud Integral adolescentes y jóvenes Programa Salud de la Mujer
Proceso	Eficiencia	Tasa regional de adolescentes, que ingresan a tratamiento por depresión, por SS	Nº de adolescentes ingresados a tratamiento por depresión, x SS x1000/ Total de población adolescentes inscritos según SS	DEIS	Anual	Encargado Programa de Salud Mental

Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	Descripción	Formato	Fuente de dato	Periodicidad	Responsable seguimiento
Proceso	Eficiencia-Accesibilidad	Porcentaje de adolescentes mujeres, con diagnóstico de depresión, que ingresan a tratamiento, por SS	Nº de adolescentes mujeres, con depresión ingresadas a tratamiento, por SS x100/ Nº total de adolescentes mujeres con diagnóstico de depresión, por SS	IS	Anual	Encargado Programa Salud Mental
Proceso	Eficiencia-Accesibilidad	Porcentaje de adolescentes hombres, con diagnóstico de depresión, que ingresan a tratamiento, por SS	Nº de adolescentes hombres, con depresión que ingresan a tratamiento, por SS x100/ Número total de adolescentes hombres con diagnóstico de depresión, por SS	DEIS	Anual	Encargado. Programa Salud Mental
Proceso	Eficiencia-Accesibilidad	Tasa de adolescentes que ingresan a tratamiento por trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas, por SS	Nº de adolescentes que ingresan a tratamiento por trastornos asociados al consumo de alcohol y otras drogas, por SS x1000/ Total de población adolescentes inscritos, por SS	DEIS	Anual	Encargado: Programa Salud Mental
Proceso	Eficiencia	Tasa regional de preservativos entregados, por consulta, en "Espacios amigables /Diferenciados para Adolescentes y Jóvenes", según sexo por SS	Nº de preservativos entregados, por consulta, en "Espacios amigables /Diferenciados para Adolescentes y Jóvenes", según sexo por SS x1000/ Total población adolescentes inscritos en la región	DEIS	Anual	Encargado: Programa de Salud Integral Adolescente y Jóvenes Programa SIDA VIH Programa de Salud de la Mujer
Estructura	Accesibilidad-Disponibilidad	Porcentaje regional de establecimientos de salud con espacios amigables/diferenciados funcionando	Nº de establecimientos de salud con espacios amigables/diferenciados funcionando x100/Total de establecimientos APS en la región	Establecimientos de Salud-Municipios	Anual	Encargado: Programa de Salud Integral Adolescente y Jóvenes
Resultados	Eficiencia	Porcentaje de adolescentes mujeres pesquisadas, con consumo de drogas, entre los que asisten a prestaciones de salud AP*, que reciben intervención, por SS	Nº adolescentes mujeres pesquisadas con consumo de droga, entre los que asisten a prestaciones de salud AP*, que reciben intervención x100/Total adolescentes mujeres que asisten a prestaciones de salud APS (control de salud, Morbilidad, consejerías)	DEIS de SS	Anual	Encargado: Programa de Salud Integral Adolescente y Jóvenes

Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	Descripción	Formato	Fuente de dato	Periodicidad	Responsable seguimiento
Resultados	Eficiencia	Porcentaje de adolescentes hombres pesquisados, con consumo de drogas, entre los que asisten a prestaciones de salud AP*, que reciben intervención, por SS	Nº adolescentes hombres pesquisados con consumo de droga, entre los que asisten a prestaciones de salud AP*, que reciben intervención x100/Total adolescentes hombres que asisten a prestaciones de salud APS (control de salud, morbilidad, consejerías)	DEIS de SS	Anual	Encargado: Programa de Salud Integral Adolescente y Jóvenes

Indicadores Nivel : Servicios de Salud

Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	Descripción	Formato	Fuente de dato	Periodicidad	Responsable seguimiento
Resultado	Eficacia	Porcentaje de nacidos vivos, hijos de adolescentes	Nº de nacidos vivos, hijos de madres adolescentes x 100/ Total de nacidos vivos del SS	Egresos hospitalarios	Anual	Encargados: Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes Programa de la Mujer
Proceso	Accesibilidad y oportunidad	% de Consejería en Salud Sexual y Reproductiva*, en adolescentes, según sexo	Nº de CSSR en adolescentes según sexo x100 / Población de adolescentes inscritos validados en el SS	REM A 19, sección A	Anual	Encargados Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes
Proceso	Accesibilidad-Disponibilidad	% de preservativos, según sexo entregados, por consulta en "Espacios Diferenciados para Adolescentes y Jóvenes"* El indicador de acceso y disponibilidad de preservativos se sugiere sea una tasa y modificar su planteamiento	Nº de preservativos, según sexo, entregados a adolescentes que consultan en EAAx100/ Número total de adolescentes atendidos en EAA Nº de preservativos entregados por consulta en EAA/Nº de consultas realizadas en EAA (Si se estima por ejemplo, que en cada consulta en EAA se debieran entregar 3 preservativos a los adolescentes, el resultado debiera ser siempre	Registro local	Anual	Programa de la Mujer Programa de la Mujer Encargados Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes
Estructura	Seguridad Eficiencia	Porcentaje de profesionales de APS capacitados en salud integral de adolescentes	Nº de profesionales APS con capacitación formal en salud integral de salud integral de adolescentes x100/ Nº total de profesionales de APS que atienden población adolescente	Registro SS	Anual	Encargados Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes Unidad Capacitación
Proceso	Eficiencia	Comunas por región focalizadas para realizar estrategia control joven sano	Listado comunas focalizadas	Convenios con Municipios firmados de los Servicios de Salud -	Primer mes de ejecución	Referentes: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes Servicios de Salud

Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	Descripción	Formato	Fuente de dato	Periodicidad	Responsable seguimiento
Proceso	Eficiencia	% de comunas focalizadas con convenio firmado	Nº de comunas focalizadas con convenio firmado x100/ Total comunas focalizadas	Convenios con Municipios firmados de los Servicios de Salud	Primer trimestre ejecución	Referentes: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes Servicios de Salud
Resultado	Eficiencia	% de adolescentes con controles: Joven Sano, según sexo, realizados	Nº de adolescentes con control Joven Sano realizados, según sexo, x100/ Nº total de adolescentes con control joven sano planificados	REM	Trimestral	Referentes: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes Servicio de Salud
Resultado	Eficiencia	% de adolescentes con controles: Joven Sano de 10-14,según sexo, realizados	Nº de adolescentes con control Joven Sano realizados, de 10-14 años, según sexo, x100/ Nº total de adolescentes con control joven sano planificados	REM	Trimestral	Referentes: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes Servicio de Salud
Resultado	Eficiencia	% de adolescentes controlados referidos a consejería	Nº de adolescentes, según sexo, con control de Joven Sano referidos a consejería, x100/ Nº total de adolescentes con controles Joven sano realizados	Ficha CLAP/ registros del establecimiento	Trimestral	Referentes: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes Servicios de Salud
Proceso	Accesibilidad Eficiencia	Porcentaje de adolescentes inscritos, con control de salud integral realizado	Nº de adolescentes inscritos con control de salud integral realizado x100/ Nº Total de adolescentes inscritos, según sexo	REM	Anual	Encargados : Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes

Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	Descripción	Formato	Fuente de dato	Periodicidad	Responsable seguimiento
Proceso	Accesibilidad Disponibilidad	Porcentaje de adolescente, según sexo que reciben consultoría nutricional	Nº de adolescentes, según sexo que reciben consultoría nutricionalx100/ Nº total adolescentes, inscritos, según sexo	REM		Encargados : Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes
Proceso	Accesibilidad Disponibilidad	Porcentaje de adolescentes inscritos, en control de regulación de fecundidad	Nº de adolescentes inscritos, en control de regulación de fecundidad, según sexo x100 / Nº total de adolescentes inscritos según sexo	REM P 01	Anual	Encargados : Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes Programa de la Mujer
Proceso	Oportunidad Accesibilidad	% de adolescentes, según sexo que ingresan a tratamiento por trastornos asociados alconsumo de alcohol % de adolescentes, según sexo que ingresan a tratamiento por trastornos asociados al consumo de drogas	Nº de adolescentes según sexo que ingresan a tratamiento por trastornos asociados al consumo de alcohol x100/ Nº total de adolescentes que consultan por morbilidad, según sexo Nº de adolescentes, según sexo, que ingresan a tratamiento por trastornos asociados al consumo de drogas x100 / Nº total de adolescentes que consultan por morbilidad	DEIS	Anual	Encargado : Programa salud mental

Tipo de indicador	Dimensión de la calidad que mide	Descripción	Formato	Fuente de dato	Periodicidad	Responsable seguimiento
Estructura	Proceso	% de establecimientos de salud del nivel primario que cuentan con espacios amigables/diferenciados	Nº de establecimientos de salud del nivel primario que cuentan con espacios diferenciados/ amigables para adolescentes x 100/ Total establecimientos del nivel primario	Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes de los Servicios de Salud	Semestral	Referentes: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes Servicios de Salud
Resultados	Eficiencia	% de comunas con total presupuesto ejecutado en el año	Nº de comunas con total presupuesto ejecutado en el año x100/ Nº total de Servicio de Salud	Finanza Ministerio/Seremi/Finanzas Servicios de Salud/Municipios	Anual	Depto. Finanzas: Seremi/Servicio de Salud/ Municipio y Referentes: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes de Servicios de Salud
Resultado	Eficiencia	% de Controles: Joven Sano realizados con registro en ficha CLAP	Nº de adolescentes con control Joven Sano realizados, según sexo, con registro en Ficha CLAP x100/ Nº total de controles joven sano realizados	REM	Anual	Referentes: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes Servicios de Salud
Resultado	Eficiencia	% de adolescentes controlados referidos a consejería	Nº de adolescentes, según sexo, con control de Joven Sano referidos a consejería, x100/ Nº total de adolescentes con controles joven sano realizados	Ficha CLAP	Anual	Referentes: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes Servicios de Salud
Resultado	Eficiencia	% de adolescentes controlados referidos a consulta de morbilidad	Nº de adolescentes, según sexo, con control de Joven Sano referidos a consulta de morbilidad, x100/ Nº total de de adolescentes con controles joven sano realizados	Ficha CLAP	Anual	Referentes: Programa de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes Servicios de Salud

CAPÍTULO IV

PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES 2012-2020

INTRODUCCIÓN

El Plan de Acción es la expresión operativa del *"Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes".* Se fundamenta en cuatro pilares: nivel primario de salud, la promoción de la salud, la prevención, y los determinantes sociales de la salud, por lo que enfatiza en que se requieren respuestas integrales e integradas, con especial atención en las inequidades que afectan a adolescentes y jóvenes más vulnerables.

El Plan se ha beneficiado con los aportes de profesionales integrantes de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y de la Subsecretaría de Salud Pública, el resultado son acuerdos respecto de la visión, misión, líneas estratégicas y contenidos principales del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes que delinearon el camino a seguir en este Plan.

La base del Plan de Acción del Programa de Salud Integral de adolescentes y jóvenes es la propuesta del Plan de acción OPS 2009, 48ª sesión de OMS/OPS. Fueron muy importantes también para la construcción de la propuesta, las recomendaciones de expertos, académicos y profesionales y/o miembros de las sociedades científicas, así como, de una multiplicidad de personas pertenecientes a distintas organizaciones e instituciones.

Por otro lado, constituyeron un insumo importante para la construcción del Plan de acción las opiniones y reflexiones sobre las necesidades en salud de adolescentes, recabadas en los 5 encuentros de participación juvenil "En Salud los Jóvenes Eligen", realizados en 4 regiones del país y los resultados de la reunión anual del "Consejo Consultivo de Jóvenes en Salud", realizado en Santiago en junio del 2011, que aportaron relevantes contenidos para la construcción del Plan.

En este Plan de Acción se propone que en el período 2012-2020 se realicen las acciones claves que permitan implementar las estrategias de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación, de eficacia comprobada, basadas en la evidencia, de alta calidad y en el modelo de mejora continua, con un enfoque de derechos, género, determinantes sociales e interculturalidad en su trabajo. Se han identificado y priorizado 9 líneas estratégicas que guiarán las actividades, metas e indicadores del presente Plan de Acción.

El Plan se ejecutará mediante el fortalecimiento de las alianzas con los sectores del Estado directamente involucrados: educación, deportes, vivienda, cultura, más organizaciones de base de la sociedad civil, municipios, sociedades científicas y universidades.

Por otro lado, implica también un fortalecimiento de la participación de adolescentes y jóvenes en los procesos propuestos, lo que se buscará a través de las acciones vinculadas al Consejo Consultivo de Jóvenes en Salud, como con otros espacios de participación juvenil a nivel nacional, regional y provincial ("En salud los jóvenes eligen").

El Plan tendrá evaluaciones de procesos, de resultados e impacto, en períodos anuales y definidos, según plan de monitoreo. Estos resultados entregarán información clave para reconocer los avances, obstáculos y medidas de corrección necesarias para el logro de los objetivos sanitarios para la década.

El fin del Plan es la instalación del Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, así

como el logro de los objetivos y acciones propuestas por éste. Se espera fortalecer el trabajo de las Seremi, y de los Servicios de Salud, y articular acciones con otros programas intersectoriales dirigidos a adolescentes y jóvenes.

Pone énfasis en la atención primaria, con acceso diferenciado y oportuno, como también en el desarrollo de las prestaciones de nivel secundario y terciario. Espera que los servicios sean integrales e integrados y que la atención sea diferenciada y prestada por personal calificado, respondiendo a las necesidades de adolescentes y jóvenes con prestaciones oportunas, pertinentes y de calidad.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN

Para alcanzar los objetivos sanitarios para la década y abordar los principales problemas descritos en el Programa Nacional, y responder a las necesidades de los adolescentes y jóvenes se han identificado 9 líneas estratégicas:

1. Organización de la Oferta de Servicios sobre la base del modelo de salud integral con enfoque de aseguramiento de la calidad.
2. Desarrollo e implementación de sistema de información confiables.
3. Abogacía y fortalecimiento del trabajo intersectorial.
4. Desarrollo de recursos humanos.
5. Elaboración de documentos regulatorios: normas técnicas, guías clínicas, guías de consejería, protocolos de atención.
6. Intervenciones basadas en la familia, la comunidad y la escuela.
7. Participación de adolescentes y jóvenes de las redes sociales.
8. Comunicación social y participación de los medios de difusión.
9. Aporte financiero consistente.

Línea Estratégica 1.- Organización de la Oferta de Servicios sobre la base del modelo de salud integral con enfoque de aseguramiento de la calidad.

Objetivo: Mejorar la oferta de servicios de salud de calidad, diferenciados, integrales e integrados, que respondan a las necesidades de esta población, priorizando el acceso al grupo de adolescentes y jóvenes que viven en condiciones de vulnerabilidad y exclusión.

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERÍODO	NIVEL
1.1 Definir un plan de acción de cierre de brechas de acceso, en el nivel primario, secundario y terciario de salud	1.1.1 Al 2013, brechas de acceso identificadas, con plan de acción de de cierre de brechas de acceso progresivo	Plan de acción de cierre de brechas de acceso diseñado y aprobado en su financiamiento por las autoridades.	Existencia del Plan de acción de cierre de brechas de acceso. SI NO	2013	Nacional Regional Servicios
	1.1.2 Al 2020 Plan de acción de cierre de brechas cumplido	Estudio disponible de evaluación del plan de acción de cierre de brechas	Estudio de evaluación del plan de acción de cierre de brechas realizado Si No	2020	Nacional Regional Servicios
1.2 Definir el conjunto de prestaciones de atención en promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en los 3 niveles de atención, de acuerdo a las áreas temáticas priorizadas por el programa	1.2.1 100% Prestaciones definidas en el nivel primario.	Prestaciones definidas incorporadas en las Orientaciones Programáticas del nivel primario	Orientaciones Programáticas del nivel primario que incorporan prestaciones definidas por programa Si/No Informe de plan de monitoreo anual en el nivel primario de atención	2012	Nacional
	1.2.1 En 2013, prestaciones definidas con Fonasa en el nivel secundario y terciario	Prestaciones definidas para los niveles secundario y terciario, incorporadas por Fonasa en sus modalidades de atención	Documento de Fonasa de modalidades de atención que incorpora prestaciones para adolescentes en nivel secundario y terciario Si No	2013	Nacional

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERÍODO	NIVEL
1.3 Implementar la modalidad de atención en salud integral, integrada y diferenciada para adolescentes, en el Sistema Público de Salud	1.3.1 Al 2014, el 60 % de los establecimientos de salud, tienen en funcionamiento espacios diferenciados/ amigables para la atención de adolescentes y jóvenes, en el Sistema Público de Salud 1.3.2 Al 2018 el 100% de los establecimientos de salud del nivel primario han implementado una modalidad de atención en salud integral e integrada, diferenciada para adolescentes, en el Sistema Público de Salud	Adolescentes atendidos en forma integral e integrada, en Espacios Diferenciados de Atención en el Sistema Público de Salud	% de establecimientos de salud del nivel primario, con modalidadde atención en salud integral, integrada y diferenciada para adolescentes, en el Sistema Público de Salud, implementada	2014 2018	Nacional Servicios de Salud
1.4 Implementar el Control de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (Control Joven Sano), de acuerdo a estándares definidos por el programa	1.4.1 Al 2012, 100% de cobertura del Control de Salud Integral, en población vulnerable 1.4.2 En 2014 'Control de salud a adolescentes implementado en el 100% de los establecimientos de salud del nivel primario 1.4.3 Al 2020 cobertura universal en régimen, del Control de Salud Integral en población adolescente 1.4.4 Al 2020, cobertura universal en régimen, del Control de Joven Sano en población de adolescentes escolares	Adolescentes vulnerables controlados integralmente, según estándares definidos por el programa Los establecimientos de salud del nivel primario realizan el control de salud integral adolescentes y jóvenes Adolescentes controlados integralmente, según estándares definidos por el programa Adolescentes controlados en control de joven sano a nivel escolar según estándares definidos por el programa	% de adolescentes vulnerables con control de salud integral realizado % de establecimientos de salud del nivel primario que tienen implementado el control de salud integral % de adolescentes con control de salud integral realizado % de adolescentes con Control de Joven sano realizado	2012 2014 2020	Nacional Regional Servicio de Salud

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERÍODO	NIVEL
1.5 **Establecer sistema de referencia y contra referencia entre los niveles de atención, de acuerdo a la normativa vigente y a los principios orientadores del programa**	1.5.1 Al 2013, 29 Servicios de salud cuentan con un sistema de referencia entre los niveles de atención implementado	Sistema de referencia y contra referencia implementado de acuerdo a la normativa vigente y a los principios orientadores del programa	% de Servicios de Salud que han implementado el sistema de referencia y contra referencia. Estudio de evaluación del sistema de referencia implementado	2012	Nacional Regional Servicios
1.6 **Diseñar e implementar sistema de evaluación y monitoreo de calidad de la atención de salud**	1.6.1 Al 2013, contar con criterios y estándares validados 1.6.2 Al 2014, contar con sistema de mejora continua implementado	Instrumento de criterios y estándares validados Sistema de evaluación de mejora continua de la calidad diseñado Sistema de evaluación de mejora continua de la calidad implementado	Existencia de instrumento con criterios y estándares % de Servicios de Salud con sistema de evaluación de mejora continua de la calidad implementado	2015 2013 2014	Nacional Regional Servicios
1.7 **Definir e implementar un plan de monitoreo del programa, por nivel de acción**	1.7.1 Al 2012, contar con un plan de monitoreo del programa, por nivel de acción validado 1.7.2 Al 2013, el 100% de las Seremi y Servicios de Salud han aplicado el plan de monitoreo 1.7.3 AL 2012, se cuenta con orientación para aplicación del plan de monitoreo	Informe anual con resultados del monitoreo realizado	% de Seremis y Servicios de Salud con informes del monitoreo realizado Existencia de orientaciones para la aplicación del plan de monitoreo % de Seremi y Servicios de Salud que reciben transferencia técnica en aplicación de plan de monitoreo	2013 2012	Nacional Regional Servicios

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERÍODO	NIVEL
1.8 **Definir plan de asesorías regionales para seguimiento de la implementación del programa (presenciales, videoconferencias, jornadas macro regionales, otras)**	1.8.1 100% de Seremi y Servicios de salud con plan de asesorías realizado anualmente	Seremi con asesorías técnicas recibidas Servicios de Salud con asesorías técnicas recibidas	% de asesorías programadas y realizadas % de Seremi con plan de asesorías programadas y realizadas % de Servicios de Salud con plan de asesorías programadas y realizadas	Anual	Nacional Regional Servicios de Salud
1.9 **Difundir buenas prácticas de atención de la población adolescente**	1.9.1 100% de Seremi realizan difusión de buenas prácticas de atención cada dos años	Buenas prácticas de atención identificadas y difundidas en cada región.	% de regiones con buenas prácticas difundidas/	Cada dos años	Nacional Regional

Línea Estratégica 2.- Sistemas de información confiable

Objetivo: Fortalecer el sistema de información en salud de adolescentes y jóvenes, desagregando la información por edad, sexo, etnia y nivel socioeconómico y generando información de calidad en los distintos niveles, que permita facilitar la toma de decisiones, el monitoreo y la evaluación de las respuestas institucionales.

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERÍODO	NIVEL
2.1 **Alinear la información de los registros requeridos por el Programa Adolescente, con el sistema de información institucional de salud actual, que permita generar información de calidad sobre la salud de adolescentes**	2.1.1 Al 2012, el sistema de información nacional ha incorporado los requerimientos de información del programa 2.1.2 Al 2014, se contará con base de datos Ficha CLAP integrada a la base de datos nacional	Sistema de información nacional de salud con requerimientos del programa incorporados Base de datos Ficha CLAP construida	Sistema de información nacional de salud incorpora requerimientos del programa SI/NO Base de datos Ficha CLAP construida e integrada SI NO	2012 2014	Nacional
2.2 **Mantener actualizado diagnóstico epidemiológico nacional y regional**	2.2.1 Cada dos años el nivel nacional y regional actualiza el diagnóstico epidemiológico	Diagnóstico epidemiológico actualizado cada dos años	Existencia de diagnóstico epidemiológico	2014	Nacional Regional
2.3 **Instalar observatorio de salud integral de adolescentes y jóvenes con información regional y nacional**	2.3.1 Contar al 2014 con observatorio de salud integral de adolescentes y jóvenes instalado	Observatorio de salud de adolescentes y jóvenes	Existencia observatorio de salud de adolescentes y jóvenes SI NO	2019	Nacional Regional

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERÍODO	NIVEL
2.4 Desarrollar estudios que permitan conocer efectividad de la implementación del programa y su impacto en la población de adolescentes y sus familias	Al 2016, contar con estudio que permita conocer efectividad de la implementación del programa. Al 2020 contar con evaluación de impacto del Programa	Resultados del Estudio de efectividad de implementación del Programa Resultado del Estudio de impacto de implementación del Programa	Existencia de estudios editados y publicados	2016 2020	Nivel Nacional

Línea Estratégica 3.- Abogacía y fortalecimiento del trabajo intersectorial

Objetivo: Abogar porque en el más alto nivel de la agenda política se visibilicen los requerimientos y necesidades de adolescentes y jóvenes en el desarrollo de políticas, planes y programas.

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERÍODO	NIVEL
3.1 Constituir alianzas estratégicas con los sectores e instancias del ámbito público y privado que favorezcan la salud y el desarrollo integral de adolescentes y jóvenes	3.1.1 Para el 2013, a nivel nacional y regional, se han constituido alianzas de trabajo intersectorial formalizadas, con: Ministerio de Educación, Injuv, Ministerio de Desarrollo Social, Cultura, Deportes, Sernam, Sename, Senda y otros a favor del desarrollo saludable y el bienestar de adolescentes y jóvenes 3.1.2 Al 2013, mesas técnicas nacionales y regionales intersectoriales formalizadas con respuestas articuladas y oportunas implementadas	Alianzas intersectoriales establecidas formalmente Planes de trabajo integrados con Ministerio de Educación e Injuv para implementación de estrategias de Control de Salud Joven Sano Plan con respuestas intersectoriales articuladas, oportunas y efectivas con acciones desarrolladas en conjunto para responder a necesidades de adolescentes y jóvenes implementadas y evaluadas	Una agenda política construida intersectorialmente que visibiliza requerimientos y necesidades de adolescentes y jóvenes Planes de trabajo integrados, ejecutados y evaluados de sectores que asignan presupuesto a acciones orientadas al bienestar de los adolescentes y jóvenes N° de acciones desarrolladas en conjunto para responder a necesidades de adolescentes y jóvenes de mesas técnicas nacionales y regionales formalizadas	2013-2018 2013-2015	Nacional Regional
3.2 Desarrollar planes de trabajo con organismos internacionales para abogar por reconocimiento de derechos de los adolescentes	Al 2013, se han ejecutado planes de trabajo anual consensuados con Unicef y Unfpa.	Trabajo de abogacía a favor de adolescentes en el ámbito de instituciones públicas y privadas Programa de sensibilización a tomadores de decisión con talleres intergeneracionales entre adolescentes y profesionales de salud	N° de acciones de abogacía desarrolladas/ planificadas	2012-2013	Nacional

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERÍODO	NIVEL
3.2 Implementar programa Vida Nueva en el componente salud en el marco de política de seguridad pública en población vulnerable.	3.2.1 Contar con el componente de salud implementado de acuerdo a focalización definida anualmente.	Comunas con el componente de salud del programa Vida Nueva implementado.	% de adolescentes del programa atendidos % de profesionales con competencias para la atención de la población objetivo del programa.	2012	Nacional Regional
3.3 Evaluar efectividad de planes ejecutados en temas específicos definidos en el marco de la Estrategia Nacional de Salud 2011 - 2020	3.3.1 Contar al 2014, con un estudio de evaluación de efectividad del plan integrado.	Estudio de evaluación de efectividad del plan integrado intersectorial.	Existencia de evaluación de efectividad del plan realizado.	2014	Nacional
3.4 Desarrollar la formación de facilitadores comunitarios (gatekeepers), en el marco del Programa Nacional de Prevención de Suicidio (*)	3.4.1 Contar al 2013 con Orientaciones técnicas para la formación de facilitadores comunitarios (Gatekeepers).	Documento de Orientaciones técnicas editado.	Porcentaje de SEREMI que cuentan con las Orientaciones Técnicas.	2013	Nacional
	3.4.2 Contar al 2015 con 7 SEREMI con al menos el 50% de sus comunas con facilitadores comunitarios formados.	Comunas con listado de facilitadores comunitarios	Porcentaje anual de comunas, que cuentan con programas de capacitación de facilitadores comunitarios (gatekeepers), según Orientaciones Técnicas.	2015	Regional

(*) Objetivo vinculado al Programa Nacional de Prevención de Suicidio implementado por el Depto. de Salud Mental en las SEREMI de Salud en 2014.

Línea Estratégica 4.- Desarrollo de Recursos Humanos

Objetivo: Contar con recursos humanos con competencias y habilidades, que respondan a las necesidades y características de esta población.

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERÍODO	NIVEL
4.1 Definir un plan de cierre de brechas de recursos humanos, en el nivel primario, secundario y terciario de salud	4.1.1 Al 2012, brechas de recursos humanos identificadas en el nivel primario Al 2013, brechas de recursos humanos identificadas en el nivel secundario y terciario Al 2013, plan de cierre de brechas de recursos humanos en el nivel primario, en ejecución Al 2014, plan de cierre de brechas de recursos humanos en el nivel secundario y terciario, en ejecución	Informe de brechas de recursos humanos identificadas en el nivel primario Informe de brechas de recursos humanos identificadas en el nivel secundario y terciario Plan de cierre de brechas de RRHH en el nivel primario, aprobado en su financiamiento por las autoridades. Plan de cierre de brechas de RRHH en el nivel secundario y terciario, aprobado en su financiamiento por las autoridades.	Existencia del Plan de cierre de brechas de RRHH, financiado. SI NO % de disminución de brechas de RRHH	2013	Nacional Regional
4.2 Elaborar perfil de competencias, habilidades y actitudes de profesionales que brindan atención a población de adolescentes y sus familias	4.2.1 Al 2013, contar con la definición del perfil de competencias, habilidades y actitudes de profesionales que brindan atención a población adolescente y sus familias	Documento de perfil de competencias, habilidades y actitudes.	Existencia del documento consensuado e integrado con centros formadores.	2014	Nacional
4.3 Recomendar a los centros formadores de pre y postgrado, la incorporación en mallas curriculares de carreras de ciencias de la salud y afines, contenidos en salud integral en adolescencia	4.3.1 Al 2014 planes de estudio de pre y postgrado en distintas ciencias de la salud y afines, incorporan contenidos en salud integral de adolescentes	Orientaciones de incorporación curricular de salud integral de adolescentes, para centros formadores.	Existencia de orientaciones para incorporación curricular de salud integral de adolescentes, para centros formadores. SI NO % de escuelas de disciplinas de salud y afines con mallas curriculares que incorporan la salud integral de adolescentes, según recomendaciones ministeriales	2014	Nacional

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERÍODO	NIVEL
4.4 Implementar programa de inducción y formación continua en modalidad virtual y/o presencial de profesionales que atienden a adolescentes en los tres niveles de atención	4.4.1 Al 2013, contar con un programa de formación continua para profesionales que atienden adolescentes en los tres niveles de atención	Programa de inducción y formación continua diseñado y aprobado en su financiamiento por las autoridades	Existencia de programa de inducción y formación continua diseñado y aprobado en su financiamiento por las autoridades SI-NO % de profesionales capacitados con competencias para trabajar con adolescentes en atención integral	2013 Anual	Nacional Servicios de Salud
4.5 Desarrollar un programa de pasantías nacional e internacional para el intercambio de buenas prácticas	4.5.1 Al 2016, el programa de adolescentes cuenta con un programa de pasantías nacional e internacional para el intercambio de buenas prácticas	Profesionales beneficiados con el programa de pasantía para el intercambio de buenas prácticas	% de profesionales beneficiados con programa de pasantías para el intercambio de buenas prácticas	2016	Nacional
4.6 Regularizar categoría contractual de profesionales de espacios amigables/ diferenciados	4.6.1 Al 2015, categorías contractuales de profesionales de espacios amigables/diferenciados regularizados	Profesionales de espacios amigables /diferenciados con categoría contractual regularizada .	% de profesionales de espacios amigables /diferenciados con categoría contractual regularizada	2015	Nacional Servicios de salud

Línea Estratégica 5.- Elaboración de Documentos Regulatorios: normas técnicas, guías clínicas, guías de consejería, protocolos de atención.

Objetivo 5: Establecer el marco regulatorio técnico, administrativo, jurídico y operacional, vinculado a las áreas programáticas priorizadas, que permita la implementación del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERÍODO	NIVEL
5.1 **Diseñar, editar y publicar normas técnicas, guías clínicas, guías de consejería y documentos regulatorios en relación a los temas relacionados con la salud de adolescentes y jóvenes para estandarizar procesos de atención**	5.1.1 100% de las normas técnicas, guías clínicas, guías de consejería y documentos regulatorios propuestos, diseñados editados y publicados en relación a los temas relacionados con la salud de adolescentes y jóvenes 5.1.2 Al 2013, implantación de documentos regulatorios	- Revisión sistemática en cada tema priorizado - Grupo de experto constituido - Documentos normativos publicados en áreas temáticas: 1. Promoción de conductas protectoras y estilos de vida saludables 2. Salud mental: Abordaje sistémico de depresión, suicidio, consumo problema de alcohol y sustancias, trastorno hipercinético, abuso, violencia. 3. Salud nutricional: Abordaje integral de sobrepeso, obesidad, trastornos alimentarios. 4. Salud sexual y reproductiva: Abordaje anticipatorio, participativo y de riesgo de anticoncepción, prevención de embarazo, ITS/SIDA, Discapacidad Enfermedades crónicas y oncológicas Salud bucal, Profesionales disponen y utilizan documentos regulatorios en sus prácticas de atención	Normas técnicas, guías clínicas, guías de consejería y documentos regulatorios propuestos, diseñados editados y publicados Si no Estudio de utilización de documentos regulatorios	2012-2013	Nacional

Línea Estratégica 6.- Implementación de intervenciones basadas en la familia, la comunidad y la escuela

Objetivo 6: Desarrollar estrategias de promoción y prevención orientadas a fomentar factores protectores que contribuyan al desarrollo integral de adolescentes y jóvenes, con intervenciones basadas en familias, escuelas y comunidad.

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERÍODO	NIVEL
6.1 Incluir en planes comunales de promoción en salud proyectos de actividad física elaborados con población de adolescentes	6.1.1 Al 2012, al menos el 30% de las comunas incorporan en planes comunales de promoción en salud proyectos de actividad física elaborados con población adolescente 6.1.2 Al 2014, al menos el 60% de las comunas incorporan en planes comunales de promoción en salud proyectos de actividad física elaborados con población adolescente Al 2018, al menos el 100% de las comunas incorporan en planes comunales de promoción en salud proyectos de actividad física elaborados con población adolescente	- Proyectos de actividad física elaborados, con población adolescente incorporados en planes comunales de promoción en salud	% de comunas con proyectos de actividad física elaborados con población adolescente, incorporados en planes comunales de promoción en salud	2012-2018	Nacional Regional Comunal
6.2 Incluir en planes comunales de promoción en salud proyectos de actividad física destinados a población adolescente con discapacidad	6.2.1 Al 2012, al menos el 30% de las comunas incorporan proyectos de actividad física para población de adolescentes con discapacidad 6.2.2 Al 2014, al menos el 60% de las comunas incorporan proyectos de actividad física para población de adolescentes con discapacidad 6.2.3 Al 2018, al menos el 100% de las comunas incorporan proyectos de actividad física para población de adolescentes con discapacidad	- Proyectos de actividad física para población de adolescentes con discapacidad, incorporados en planes comunales de promoción en salud	% de comunas con planes comunales de promoción en salud con incorporación proyectos de actividad física para población de adolescentes con discapacidad	2012-2018	Nacional Regional

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERÍODO	NIVEL
6.3 Impulsar programa de fortalecimiento de habilidades parentales en las familias, focalizado en población de 10 a 14 años. (Programa Habilidades para la Vida, Familia Fuerte).	6.3.1 Al 2013, al menos el 30% de las Seremis tienen implementado programa de fortalecimiento de habilidades parentales en las familias, focalizado en población de 10 a 14 años 6.3.2. Al 2015, al menos el 60% de las Seremis tienen implementado programa de fortalecimiento de habilidades parentales en las familias, focalizado en población de 10 a 14 años 6.3.3 Al 2018, el 100% de las Seremis tienen implementado programa de fortalecimiento de habilidades parentales en las familias focalizado en población de 10 a 14 años	Programa de fortalecimiento de habilidades parentales en las familias, focalizado en población de 10 a 14 años instalado a nivel comunal	% de Seremis que tienen implementado programa de fortalecimiento de habilidades parentales en las familias, focalizado en población de 10 a 14 años a nivel comunal % de comunas con programa de fortalecimiento de habilidades parentales en las familias focalizado en población de 10 a 14 años instalado	2013-2019	Nacional Regional Comunal
6.4. Impulsar y promover programa de desarrollo de habilidades para resolución no violenta de conflictos, con enfoque de género, focalizando en población de 10 a 14 años *(Programa H, Teach VIP)*	6.4.1 Al 2013, al menos el 30% de las Seremis tienen implementado programa de desarrollo de habilidades para resolución no violenta de conflicto con enfoque de género focalizando en población de 10 a 14 años. 6.4.2 Al 2015, al menos el 50% de las Seremi tienen implementado programa de desarrollo de habilidades para resolución no violenta de conflicto con enfoque de género, focalizando en población de 10 a 14 años. 6.4.3 Al 2018, al menos el 80% de las Seremi tienen implementado programa de desarrollo de habilidades para resolución no violenta de conflicto con enfoque de género, focalizando en población de 10 a 14 años.	Seremis tienen implementado programa de desarrollo de habilidades para resolución no violenta de conflicto con enfoque de género focalizando en población 10 a 14 años.	% de Seremis que tienen implementado programa de desarrollo de habilidades para resolución no violenta de conflicto con enfoque de género y priorizando grupo de 10 a 14 años. % de comunas que tienen implementado programa de desarrollo de habilidades para resolución no violenta de conflicto con enfoque de género y priorizando grupo de 10 a 14 años.	2013-2018	Nacional Regional Comunal

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERÍODO	NIVEL
6.5 Impulsar y apoyar la realización de programas para y con población adolescente preferentemente vulnerable y/o en riesgo, a través de ferias comunales, eventos u otras actividades territoriales, con temáticas de interés juvenil como concursos de pintura, de cuentos, festivales de voz y música, orquestas juveniles, etc., con el propósito de promover la salud en forma integral.	6.5.1 Al 2013, al menos el 30% de las Seremis tienen implementado programas para y con población adolescente preferentemente vulnerables y/o en riesgo a través de ferias comunales, eventos u otras actividades territoriales, con temáticas de interés juvenil 6.5.2 Al 2015, al menos el 50% de las Seremis tienen implementado programas para y con población adolescente preferentemente vulnerable y/o en riesgo a través de ferias comunales, eventos u otras actividades territoriales, con temáticas de interés juvenil 6.5.3 Al 2018, el 100% de las Seremis tienen implementado programas para y con población adolescente preferentemente vulnerables y/o en riesgo a través de ferias comunales, eventos u otras actividades territoriales, con temáticas de interés juvenil	-Programas de Promoción de Salud Integral, implementado por Seremi para y con población adolescente, preferentemente vulnerables y/o en riesgo	% de SEREMIS que tienen implementado Programas de Promoción de Salud Integral, para y con población adolescente, preferentemente vulnerables y/o en riesgo	2013	Nacional Regional
6.6. Impulsar estrategias en promoción de salud sexual y otras temáticas juveniles, a través de formación de promotores de salud, ferias ciudadanas, foro-debates, talleres de salud sexual: en juntas vecinales, centros deportivos, en sindicatos de empresas	6.6.1 Al 2013, al menos el 40% de las Seremis tienen implementadas estrategias en promoción de salud sexual y otras temáticas juveniles 6.6.2 Al 2015, el 60% de las Seremis tienen implementadas estrategias en promoción de salud sexual y otras temáticas juveniles 6.6.3 Al 2018, el 100% de las Seremis tienen implementadas estrategias en promoción de salud sexual y otras temáticas juveniles 6.6.4 Al 2014, el 70% de Seremi han implementado estrategias de formación de adolescentes promotores de salud	Seremis tienen implementadas estrategias de promoción en salud sexual y otras temáticas juveniles	% Seremis que tienen implementadas estrategias de promoción en salud sexual y otras temáticas juveniles	Anual	Nacional Regional

Línea Estratégica 7.- Participación de adolescentes y jóvenes y fortalecimiento de las redes sociales.

Objetivo 7: Desarrollar estrategias que promuevan el diálogo y participación de adolescentes y jóvenes en iniciativas que favorezcan la integración social y el reconocimiento del ejercicio de sus derechos

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERÍODO	NIVEL
7.1 Impulsar la organización y participación de adolescentes y jóvenes a nivel nacional, regional y comunal, a través de la constitución de consejos consultivos de jóvenes en salud, según metodología propuesta por Plan Andino, en conjunto con Injuv	7.1.1 Al 2012, se espera que al menos 10 Seremi han constituido, consejos consultivos de jóvenes y se encuentren funcionando 7.1.2 Al 2013, las 15 Seremi han constituido, consejos consultivos de jóvenes y se encuentren funcionando 7.1.3 Al 2019, las 15 regiones del país mantienen en funcionamiento sus consejos consultivos 7.1.4 Al 2012, el 50% de Consejos Consultivos de Jóvenes desarrollan planes regionales de promoción de conductas saludables y prevención de embarazo adolescente 7.1.5 Al 2013, el 100% de Consejos Consultivos de Jóvenes desarrollan planes regionales de promoción de conductas saludables y prevención de embarazo adolescente	Consejos Consultivos de jóvenes en salud constituidos y en funcionamiento Planes regionales de promoción de conductas saludables y embarazo adolescente en conjunto con Injuv, ejecutadas	% de Seremi con Consejos Consultivos de Jóvenes en salud, constituidos y en funcionamiento Nº de Consejos consultivos regionales que cuentan con Planes regionales desarrollados	2012-2013-2019 Anual	Nacional y Regional Nacional, Regional
7.2 Realizar reunión anual de Consejos Consultivos en el nivel nacional, regional y/o provincial	7.2.1 Al menos una reunión anual de Consejos Consultivos en el nivel nacional, regional y/o provincial sistematizada	Informe de sistematización de reunión anual de Consejos Consultivos nacionales, regionales y/o provinciales	Existencia de documentos de sistematización de reuniones de Consultivos nacional, regionales y/o provinciales SI/NO		

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERÍODO	NIVEL
7.3 Implementar metodología de participación juvenil en regiones, a través del desarrollo de una estrategia comunicacional, elaborada con adolescentes y jóvenes	7.3.1 Al 2012, se ha realizado transferencia técnica de metodología de participación, en medios comunicaciones específicos	2 encuentros macrozonales con transferencia técnica, de taller de programación radial, realizado	N° de consejeros formados en programación radial N° de proyectos de radios , implementados a nivel regional	2012-2013	Nacional
7.4 Replicar en las regiones encuentros "En Salud los Jóvenes Eligen"	7.4.1 Al 2014, el 40% de Seremi ha replicado la metodología en " En Salud los Jóvenes Eligen" 7.4.2 Al 2016, el 70% de Seremi ha replicado la metodología en " En Salud los Jóvenes Eligen" 7.4.3 Al 2018, el 100% de Seremi ha replicado la metodología "En Salud los Jóvenes Eligen"	Encuentros de participación juvenil" En Salud los Jóvenes Eligen"	% de Seremi que han realizado encuentros de participación juvenil replicando metodología "En Salud Los Jóvenes Eligen".	2014	Nacional Regional
7.5 Favorecer la participación de los consejeros nacionales en actividades internacionales relacionadas con el Plan Andino, para alinear las acciones propuestas por este plan	7.5.1 Consejeros nacionales asisten a 100% de actividades programadas por el Plan Andino 7.5.2 Consejeros nacionales transfieren conocimientos yaprendizajes adquiridos, en el marco del Plan Andino	Informes de participación en actividades internacionales, vía portal web y en forma presencial, en reunión nacional del Consejo Consultivo	N° de actividades internacionales planificadas/ y que asisten los consejeros nacionales Informes de participación en actividades internacionales, publicados en portal web.	Anual	Nacional y Regional

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERÍODO	NIVEL
7.6 Impulsar con población adolescente acciones de difusión de la semana mundial de prevención del embarazo en adolescente (septiembre) y día mundial de la juventud (octubre), priorizando actividades de prevención (difusión de dípticos, preservativos, etc.) en lugares de acceso masivo de población juvenil como pubs o discotecas	7.6.1 Al 2013, al menos el 40% de las Seremis tienen implementadas acciones de difusión de la semana mundial de prevención del embarazo en adolescente (septiembre) y día mundial de la juventud 7.6.2 Al 2015, el 60% de las Seremis tienen implementadas acciones de difusión de la semana mundial de prevención del embarazo en adolescente (septiembre) y día mundial de la juventud 7.6.3 Al 2018, el 100 % de las Seremis tienen implementadas acciones de difusión de la semana mundial de prevención del embarazo en adolescente (septiembre) y día mundial de la juventud	Acciones de difusión de la semana mundial de prevención del embarazo en adolescente (septiembre) y día mundial de la juventud implementadas por Seremis	% Seremis que tienen implementadas acciones de difusión de la semana mundial de prevención del embarazo en adolescente (septiembre) y día mundial de la juventud	Anual	Regional Servicios de Salud
7.7 Promover la utilización de las redes sociales existentes a nivel regional, para promover comportamientos saludables	7.7.1 Al 2013, el 40% de las Seremi utilizan las redes sociales para promover comportamientos saludables en los adolescentes	Redes sociales (Facebook, Twitter, youtube) con mensajes de promoción de comportamientos saludables.	% de Seremi que incorporan mensajes de promoción de comportamientos saludables en redes sociales utilizadas por adolescentes (Facebook, Twitter, youtube,)	2013	Nacional Regional

Línea Estratégica 8.- Comunicación social y participación de los medios de difusión

Objetivo 8: Establecer alianzas intra e intersectoriales para desarrollar estrategias de comunicación social que favorezcan la construcción de entornos de apoyo, que promuevan comportamientos saludables en esta población, a nivel nacional y regional

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERÍODO	NIVEL
8.1 Elaborar y desarrollar una estrategia comunicacional nacional y regional, articuladas con el intra e intersector, en cuya construcción participen los adolescentes y jóvenes, que promuevan imágenes positivas, resalten estilos de vida y comportamientos saludables	8.1.1 Al 2013, el 100% de las Seremi cuentan con estrategia comunicacional diseñada y articuladas con el intra e intersector, que promuevan una imagen positiva de la adolescencia y estilos de vida saludable. Al 2014, el 100% de las Seremi han implementado estrategia comunicacional con el intra e intersector, que promuevan una imagen positiva de la adolescencia y estilos de vida saludable Al 2016, se cuenta con estudio de evaluación de efectividad de estrategia comunicacional	-Estrategia comunicacional diseñada e implementada articulada con el intra e intersector que promueven una imagen positiva de la adolescencia y estilos de vida saludables Estudio de evaluación realizado	- Estrategia comunicacional intersectorial diseñada e implementada - Presupuesto asignado por cada sector - % de Seremi que cuentan con estrategia comunicacional implementada Existencia de estudio	2013- 2018	Nacional Regional
8.2 Mantener actualizada espacio virtual del Programa en pág. web del Minsal, Seremi y Servicio de Salud	8.2.1 Al 2013, el nivel central y el 100% de Seremi y Servicios de Salud incorporan en su página web institucional, espacio virtual del Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, y se mantiene actualizado.	- Espacio virtual para el Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, en páginas web institucionales y promoción de utilización de redes sociales por los adolescentes	- Existencia de espacio virtual para el Programa de Salud integral de Adolescentes y Jóvenes, en las páginas web institucionales, actualizadas SI/NO Consultivos nacional, regionales y/o provinciales SI/NO	2013-2019	Nacional Regional Servicios de Salud

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERÍODO	NIVEL
8.3. **Potenciar y difundir desarrollo de experiencias exitosas y/o iniciativas de buenas prácticas en el trabajo con adolescentes, vinculadas a su desarrollo integral.**	8.3.1 Al 2013, el 60% de las Seremi y Servicios de Salud han sistematizado y difundido experiencias y/o buenas prácticas vinculadas al desarrollo integral de la población adolescente. 8.3.2 Al 2018, el 100% de las Seremi y Servicios de Salud han sistematizado y difundido experiencias y/o buenas prácticas vinculadas al desarrollo integral de la población adolescente.	- Experiencias y/o buenas prácticas sistematizadas y difundidas. - Jornada nacional de experiencias y/o buenas prácticas realizadas cada dos años - Existencia de medios comunicacionales escritos en nivel nacional y regional como: folletería, posters, díptico s y revista de jóvenes realizados con mensajes elaborados por los adolescentes.	- % de Seremi y Servicios de Salud que han sistematizado y difundido experiencia s y/o buenas practicas.	2013-2018	Nacional Regional
8.4 **Realizar concursos y/o campañas de información con afiches, actividades sociales y mensajes, elaborados desde las propias necesidades de adolescentes, que fomenten el desarrollo integral de esta población**	8.4.1 Al 2013, 30% de Seremi realizan concursos y/o campañas para adolescentes, sus familias y comunidad articuladas con intersector 8.4.2 Al 2015, 60% de Seremi realizan concursos y/o campañas para adolescentes, sus familias y comunidad articuladas con intersectar 8.4.3 Al 2018, 100% de Seremi realizan concursos y/o campañas para adolescentes, sus familias y comunidad articuladas con intersectar	Seremi realizan concursos y/o campañas para adolescentes, sus familias y comunidad,	Jornada nacional de experiencias y/o buenas prácticas realizadas cada dos años Si/NO % de Seremi que realizan concursos y/o campañas para adolescentes, sus familias y comunidad	2012-2019	Nacional Regional
8.5 **Difundir oferta de ser vicios integrales y las rutas de acceso para la población adolescente a través de campañas comunicacionales**	8.5.1 El 100% de Seremi realiza anualmente al menos una campaña de difusión de servicios disponibles y rutas de acceso para adolescentes	Campaña de difusión de servicios disponibles y rutas de acceso par a adolescentes	% de Seremi con campaña de difusión de servicios disponibles y rutas de acceso para adolescentes	Anual	Regional

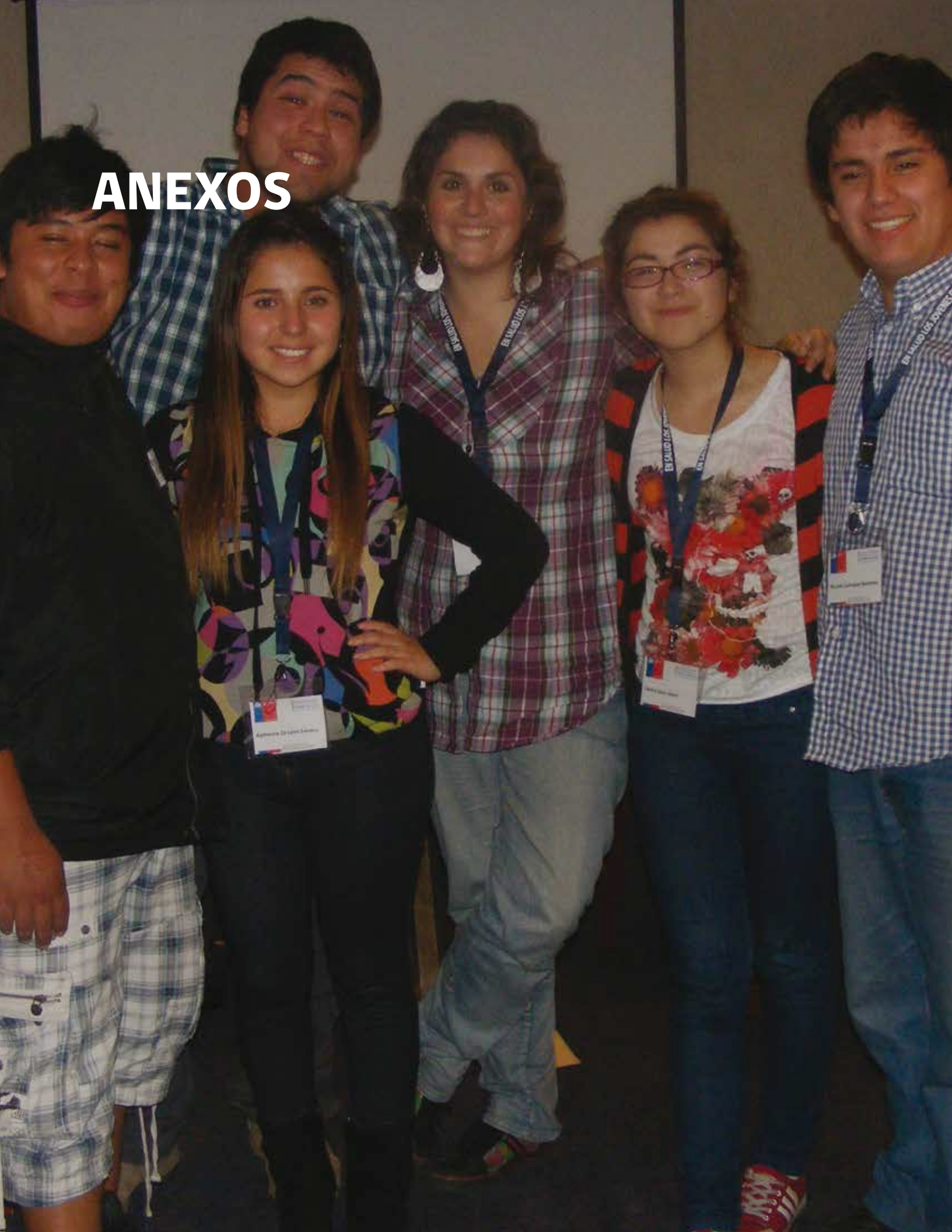
Línea estratégica 9:

Aporte financiero consistente, permanente e incremental en concordancia con las necesidades detectadas prioridades programáticas y la progresión del desarrollo del programa

Objetivo: Desarrollar un plan de soporte financiero sustentable que permita la implementación del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, realizando anualmente evaluación de logro de resultados comprometidos.

OBJETIVOS	META	PRODUCTO	INDICADOR	PERÍODO	NIVEL
9.1 Contar con los recursos financieros necesarios para la ejecución del Programa a nivel país, asegurando equidad accesibilidad, y eficiencia.	9.1.1 Contar al 2012 con estimación presupuestaria de recursos humanos, infraestructura y equipamiento, por Servicio de Salud para implementación del Programa 9.1.2 Desarrollar en forma conjunta (Redes y Publica), presupuesto incremental, alineado con las objetivos sanitarios definidos para la década 9.1.3 Al 2015, se cuenta con un estudio de avances de resultados de implementación del Programa, según asignación presupuestaria 9.1.4 Al 2019, evaluación de resultados de implementación del programa, según asignación presupuestaria	- Informe de estimación presupuestaria de recursos humanos, infraestructura y equipamiento - Presupuesto anual asignado al Programa alineado con las objetivos sanitarios definidos para la década - Estudio de implementación del Programa, según asignación presupuestaria - Estudio evaluación de resultados de implementación del Programa	- Existencia de Informe con estimación presupuestaria Si -No--- - % de aumento presupuestario - Existencia de estudio de avances implementación del programa Estudio evaluación de resultados de implementación del Programa	2012 Anualmente 2013-2020 2015 2020	Nacional Regional
9.2 Contar con un mecanismo de asignación de recursos explícitos para el programa, en los tres niveles de atención	9.2. Al 2012 se ha definido modalidad de asignación de recursos del Programa de Salud Integral del Adolescente	- Programa de Salud Integral del Adolescente, con mecanismo explicito de asignación de recursos		2012-2016	Nacional

ANEXOS



ANEXO 1.

GLOSARIO DE TÉRMINOS UTILIZADOS POR EL PROGRAMA

Acoso Escolar (Bullying): cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre escolares de forma reiterada a lo largo de un tiempo determinado. Estadísticamente, el tipo de violencia dominante es el emocional que se da mayoritariamente en el aula y patio de los centros escolares. El acoso escolar es una forma característica y extrema de violencia escolar. El acoso escolar es una especie de tortura, metódica y sistemática, en la que el agresor sume a la víctima a menudo con el silencio, la indiferencia o la complicidad de otros compañeros.

Adolescencia: Se define como una etapa de transición entre la niñez y la adultez, caracterizada por procesos específicos, propios e irrepetibles. De acuerdo al criterio utilizado por la Organización Mundial de la Salud, se la define como el lapso de tiempo que comprende entre los 10 y los 19 años. Este período, a su vez, puede ser subdividido en tres fases: adolescencia temprana (de los 10 a 13 años), media (14 a 17 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años).

AVISA: Años de vida ajustados por discapacidad. Indicador compuesto que mide la pérdida de salud producto de la enfermedad, discapacidad y muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (medido en años).

AVPP: Años de vida potencialmente perdidos. Indicador que mide los años perdidos por muerte prematura.

Calidad de la atención: No hay una sola definición, sin embargo todas tienen elementos comunes.

a) Comprendida como la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.
b) Comprendida como la capacidad de los servicios de dar respuestas aptas, adecuadas, en correspondencia con las expectativas y necesidades y demandas de salud de los usuarios.
c) Conceptualizada como conjunto de características de un programa que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas e implícitas de una población determinada.

Cobertura: Es el porcentaje de la población asignada a un establecimiento de salud, que es atendida en él o en un programa de salud específico.

Crisis normativa: El ciclo vital familiar es un proceso de desarrollo que consiste en atravesar una serie de etapas que implican cambios y adaptaciones que pueden provocar crisis, de menor y mayor intensidad en el núcleo familiar.

Al pasar de una etapa a otra, las reglas de la familiar cambian, provocando en el sistema familiar situaciones adversas como es la separación de uno de sus miembros o la llegada del primer hijo y los problemas a nivel familiar y de pareja que puedan presentar.

Concentración: Es el número de atenciones que tiene que otorgar a cada sujeto atendido, en un año calendario. Ejemplo: Control Prenatal: mínima 7 controles.

Condición de riesgo: Patologías crónicas o estados biopsicosociales que requieren vigilancia o seguimiento, control o apoyo.

Consulta: Atención otorgada a personas que (espontáneamente) solicitan atención, o son derivadas desde el mismo u otro estableci-

miento, como producto de la existencia de un proceso mórbido o de la detección y necesidad de evaluación de condiciones de riesgo biopsicosociales, que requiere de intervención del equipo de salud para el establecimiento de un plan de recuperación. El ejemplo es la consulta de morbilidad, sea ésta de rutina o de urgencia.

Derechos sexuales: Es el derecho de las personas a tener información, educación, apoyo y servicios para tomar decisiones responsables acerca de su sexualidad, de forma consistente con sus propios valores. Esto incluye el derecho a la integridad corporal, a relaciones sexuales voluntarias, a una variedad completa de servicios de salud sexual y reproductiva -a los que se puede acceder de forma voluntaria- y a la habilidad de expresar la propia orientación sexual libre de violencia o discriminación.

Determinantes sociales: Se entienden por determinantes sociales de la salud a las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas.

Dimensiones de la calidad de la atención: Accesibilidad, equidad, competencia profesional, efectividad, eficiencia, efectividad, satisfacción usuario externo e interno, seguridad, oportunidad, comodidades, confort.

Droga ilegal: Sustancia psicoactiva cuya producción, venta o consumo están prohibidos. En sentido estricto, la droga en sí no es ilegal, lo son su producción, su venta o su consumo.
En Chile las drogas ilegales son: marihuana, cocaína, pasta base, heroína, éxtasis, etc.
Egreso hospitalario: Es el retiro de los servicios de hospitalización, de un paciente vivo o fallecido, que ha ocupado una cama del hospital.
Cuando el paciente se retira vivo del hospital, corresponde a un alta y ésta puede ser por orden médica, retiro por propia voluntad, traslado a otro hospital, fuga, por medida disciplinaria, etc. Si el paciente fallece mientras está hospitalizado, corresponde a un egreso por fallecimiento (los nacidos muertos no se consideran como egreso por fallecimiento, pues nunca estuvieron hospitalizados).

El cambio de un usuario de un servicio clínico a otro, dentro del hospital constituye un egreso por traslado del servicio clínico del que se retira el usuario y no debe considerarse como alta del establecimiento.

Esperanza de vida: Estimación del número de años que probablemente le corresponde vivir a cada componente de una generación de recién nacidos. Se calcula a partir de la tasas de mortalidad de la población en un año determinado.
En Chile para el 2009, la esperanza de vida era de 76 años para los hombres y de 82 para las mujeres, con un promedio de 79 años (OMS, 2011, INE, 2010).

Enfermedades crónicas no transmisibles: Todas aquellas enfermedades que cuando se presentan, difícilmente podamos curarlas; decimos que no son transmisibles, porque no se contagian como la gripe y otras enfermedades infecciosas. Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (o ECNT) son, entre otras: Diabetes tipo II, Enfermedad Cardiovascular (Hipertensión o presión alta, y otras), Cáncer, Osteoporosis.

Estrategias de promoción: También definidas como espacios o líneas de acción, corresponde a un entorno social específico en que se abordan las condicionantes de la promoción de la salud; es decir, Establecimientos de Edu-

cación Promotores de Salud (EEPS), Lugares de Trabajo Promotores de Salud (LTPS) y Comunas, Comunidades y Entornos Promotores de Salud (CCPS). Se incluye como estrategia a los grupos de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años).

Factores protectores psicosociales: Corresponde a las intervenciones individuales que apunten al manejo del estrés, desarrollo de habilidades para la vida, y cambios actitudinales y conductuales que favorezcan la participación y la construcción de redes sociales; igualmente se refiere a las intervenciones colectivas que potencien un entorno saludable, fomenten la justicia social, la existencia de apoyo social y la participación de las personas en las decisiones acerca de su propia salud y su propia vida.

Factores protectores ambientales: Corresponden a las intervenciones relacionadas con la preservación y el cuidado del medio ambiente y la naturaleza, el uso racional de los recursos energéticos, la disminución de la polución de los recursos hídricos, el uso racional de agua y manejo de la contaminación de ellas, la disposición de las basuras, los procesos de reciclaje, la eliminación de microbasurales; estas intervenciones están orientados a controlar y disminuir la contaminación de aire, tierra, agua y de todo elemento de la naturaleza que comprometa la salud del ser humano y la calidad de vida de la población.

Fecundidad: Como concepto demográfico, se mide por el número medio de hijos por mujer (índice de fecundidad o tasa de fecundidad), o mediante la tasa de fecundidad general (número de nacimientos por cada mil mujeres en edad fértil en un año). No debe confundirse con la natalidad, que es el total de nacidos vivos en un año.

Garantía de calidad: se refiere a intentos sistemáticos para mejorar la calidad de la atención y realizar las medidas correctoras para solucionar los problemas detectados Esta es la esencia de la garantía de calidad: combinar las evaluaciones con las medidas correctoras.

Garantías Explícitas de Salud (GES): El AUGE es un Sistema Integral de Salud, que beneficia a todos los chilenos y contempla todas las enfermedades, incluidas las más graves y de mayor costo, en sus diversas etapas. No discrimina por edad, sexo, condición económica, lugar de residencia o sistema de salud al que estén afiliadas las personas. Existen 69 problemas de salud que están garantizados, incluyendo garantía de acceso, de oportunidad de atención, de calidad de la atención y de protección financiera. A esto se le conoce como Garantías Explícitas en Salud (GES).

Plan de Garantías Explícitas de Salud (GES): Tiene por objeto garantizar la cobertura de un número de problemas de salud por parte de Fonasa y las Isapres. Estas garantías se refieren al acceso (asegurar las prestaciones de salud), a la calidad (otorgar la atención de salud garantizada por un prestador registrado o acreditado), a la oportunidad (existencia de un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, y a la protección financiera (pago o copago máximo que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, considerando el monto de sus ingresos).

Género: El género define y diferencia las funciones, los derechos, las responsabilidades y las obligaciones de mujeres y hombres. Las diferencias biológicas innatas entre ambos forman la base de las normas sociales que definen los comportamientos apropiados para cada uno, siendo la suma de valores culturales, actitudes, funciones, prácticas y características basadas en el sexo. El género, según ha existido a lo largo de la historia, en las diferen-

tes culturas y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa relaciones de poder entre el hombre y la mujer (PAHO/WAS 2000).

Índice de pobreza: El índice de pobreza humana mide la privación en cuanto al desarrollo humano básico en las mismas dimensiones que el IDH.
Las variables utilizadas para mostrar esas dimensiones son el porcentaje de la población que se estima que morirá antes de los 40 años, el porcentaje de adultos que son analfabetos y el aprovisionamiento económico general en términos del porcentaje de la población sin acceso a servicios de salud y agua potable y el porcentaje de niños menores de cinco años con peso insuficiente.

Infecciones de transmisión sexual (ITS): Las infecciones de transmisión sexual, constituyen un grupo heterogéneo de patologías transmisibles, cuyo único elemento en común es el compartir la vía sexual como mecanismo de transmisión.

Índice de actividad (Iaaps): El índice de actividad de la atención primaria de salud, establece un conjunto de ámbitos a evaluar, con sus respectivos indicadores, y aplica rebajas de acuerdo a los resultados de la evaluación. Las prestaciones que evalúa se definen en el Decreto N° 118, publicado el 27 de diciembre de 2007, (MINSAL)

Indicador: Es la medición de un aspecto relevante de una actividad que se desea monitorear. Es una variable que sirve para medir cambios, reflejo de una situación determinada. Expresión matemática de un criterio de evaluación .[18]

Juventud: Definido como el período que va de los 15 a los 24 años, aunque no existen límites precisos.

Misión: Propósito, filosofía, principios de un programa y/o institución que permite distinguirla de otras organizaciones. Define sus usuarios, sus principales productos o servicios, los que deben ser coherentes con las necesidades de sus usuarios, así como con los principios y valores de la organización

Monitoreo: Entendido como la medición sistematizada del comportamiento de una o varias variables, durante períodos establecidos y con frecuencias determinadas, cuya herramienta de medición es el indicador, siendo siempre una medición cuantitativa.

Pertinencia cultural: Adecuación de los servicios a las características de la cultura, basada en el respeto y en la construcción colectiva de estrategias, metodologías y protocolos que mejoren el acceso, la oportunidad y efectividad de los servicios de salud.

La pertinencia cultural debe expresarse tanto en la organización y en la provisión de los servicios, desarrollando iniciativas innovadoras que pueden abarcar desde formular una norma, a la organización de horarios de atención adecuados a las necesidades de las comunidades, señalética apropiada culturalmente, entre otras.

Prevención: En salud se circunscribe a acciones dirigidas a grupos de riesgo por características de su edad, condición socioeconómica o por factor de riesgo específico, pone su foco en "la enfermedad o daño". Es efectiva para detectar procesos situaciones problemáticas en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

[18] Diploma Gestión de Calidad Universidad de Chile 2011 Dra. Gilda Gnecco

Población bajo control: Personas sanas, con riesgo, con patología crónica transmisible o no transmisible o con discapacidad o secuelas, en cualquier etapa del ciclo vital, que asiste a controles preventivos periódicos, que cuenta con citación o está dentro de los plazos de inasistencia acordados según edad y condición.

Población asignada: Es la población que potencialmente puede acceder a atención de salud que otorgan los establecimientos asistenciales, por residir en un área geográfica accesible a éstos. Se determina mediante los censos.

Población beneficiaria: La población adscrita de cada consultorio: población beneficiaria de Fonasa que se inscribe voluntariamente según domicilio o lugar de trabajo, en el establecimiento de atención primaria donde desea ser atendida. Los beneficiarios de los servicios de salud municipal están definidos según la Ley 18.469 de 1985.

Población inscrita validada en salud: Se refiere al total de personas inscritas en el Servicio de Salud Municipal y validada por Fonasa.

Promoción de la salud: La Primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y la Carta de Ottawa (OMS, 1986) que se deriva, define promoción de la salud como el "proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre sus propia salud y así mejorarla".

La Sexta Conferencia internacional en su Carta de Bangkok (OMS, 2005), agrega medidas, compromisos y promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado, mediante acciones de promoción de la salud, que basado en compromisos internacionales, y a partir de una concepción de la salud como derecho humano, define la promoción de la salud como "proceso mediante el cual se crean capacidades para que los individuos y comunidades ejerzan un mayor control sobre los determinantes de la salud y de este modo puedan mejorarla". Plantea, además, que el sector salud está llamado a desempeñar una función clave de liderazgo en el desarrollo de políticas y alianzas de promoción de la salud. [19]

Rendimiento: Es el número de atenciones que deben ejecutar los integrantes del equipo de salud por hora. Ejemplo: Control Prenatal: 3 por hora médico o natrón/a.

Salud reproductiva: Es el estado general de bienestar físico, mental y social -y no sólo la ausencia de enfermedad o malestar- en todos aquellos aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Implica que las personas sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura, y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir hacerlo, cuándo y cómo quieran (Unpopin 1994).

Salud sexual: La salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se

[19] Programa de Promoción de Salud 2011-2015 Actualización de orientaciones para planes comunales de promoción de la salud Noviembre, 2011 Departamento de Promoción de Salud y Participación Ciudadana División de Políticas Públicas Saludables y Promoción Subsecretaría de Salud Pública - Ministerio de Salud

reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas (PAHO/WAS 2000).

Tasa de fecundidad: Frecuencia con que ocurren los nacimientos provenientes de mujeres de una determinada edad, con respecto a la población media femenina de esa misma edad. Se calcula dividiendo el número de nacimientos de madres con esa edad entre el total de población media femenina correspondiente.
Tasa de fecundidad adolescente: Número de nacidos vivos por cada mil mujeres de 10 a 19 años, en un período de tiempo determinado.

Visión: es una imagen mental de un futuro deseable, como un sueño alcanzable. Debe estar alineada con los valores de la organización y asimilada a la cultura de la misma. Debe ser sencilla y motivante precisa, simple, retadora.

Visita domiciliaria: Atención integral otorgada a una persona o familia en su hogar o lugar de residencia, orientada a diagnosticar condiciones de vida y/o a fomentar la salud, controlar el efecto de intervenciones, proteger la salud, recuperar y rehabilitar la salud de alguno o de todos los miembros del grupo familiar, y a contribuir en la solución de problemas biopsicosociales. Ejemplos: Visita domiciliaria integral, Visita epidemiológica.

Violencia física: Acto de agresión intencional, repetitivo, en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de su contraparte, encaminado hacia su sometimiento y control.

Violencia psicológica: Se liga a patrones de conducta que consisten en omisiones y actos repetitivos, cuyas formas de expresión pueden ser prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias, de abandono y que provoquen en quien las recibe, deterioro, disminución o afectación de la estructura de su personalidad.

Violencia sexual: Está ligada a un patrón de conducta consistente en omisiones y actos repetitivos, que pueden expresarse a través de: negar la satisfacción de las necesidades sexo-afectivas, la inducción a la realización de prácticas sexuales no deseadas o que generen dolor, practicar la celotipia para el control, manipulación o dominio de la pareja y que generen daño.

Vulnerabilidad social: proceso multidimensional que confluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar y comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas o internas.
La vulnerabilidad social se expresa de variadas formas, ya sea como fragilidad e indefensión ante cambios originados en el entorno, como debilidad interna para afrontar los cambios necesarios del individuo u hogar para aprovechar oportunidades, como inseguridad permanente que paraliza, incapacita y desmotiva la posibilidad de pensar estrategias y actuar a futuro para lograr mejores niveles de bienestar. [20]

[20] Seminario Internacional Las Distintas Expresiones de la Vulnerabilidad Social en América Latina- Stgo- Chile 20-21 Junio 2001. Vulnerabilidad Social: Nociones e implicancia de políticas para Latino América a inicios del siglo XXI. Gustavo Busso.

ANEXO 2.

ESTRATEGIA DE PARTICIPACIÓN JUVENIL DEL PROGRAMA

1.- Consejo Consultivo de Jóvenes y Encuentros de Jóvenes "En salud los jóvenes eligen"

El Consejo Consultivo de Jóvenes en Salud y los más de 500 adolescentes que opinaron en los encuentros "En Salud los Jóvenes Eligen", desarrollados en 4 regiones del país, en el 2011, hicieron manifiestas las necesidades de salud, identificaron barreras de acceso y realizaron recomendaciones que hemos considerado en la propuesta del Programa.

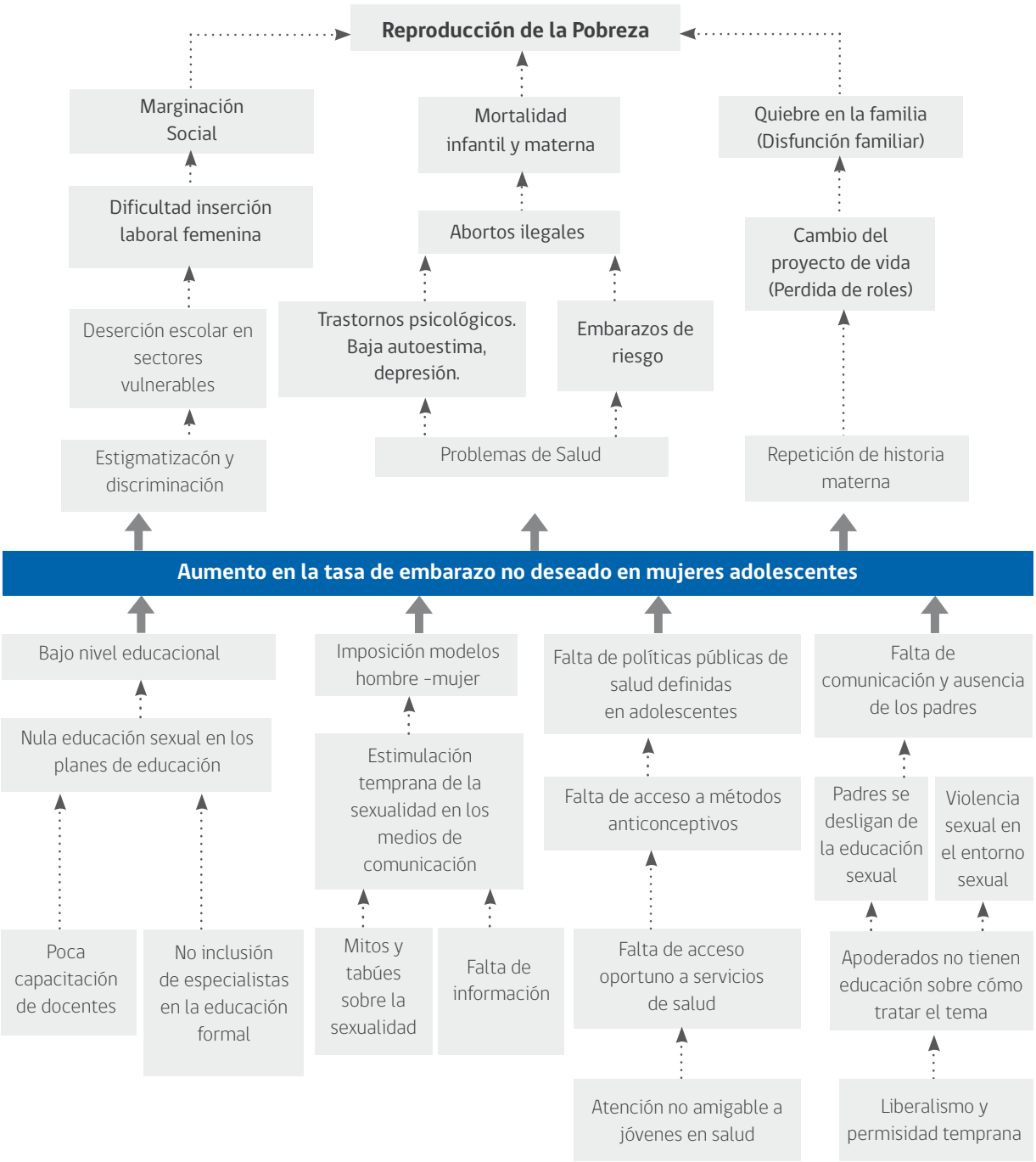
Estas necesidades y recomendaciones son las siguientes;

- Mejorar difusión y publicidad de los planes hacia los jóvenes, para facilitar su seguimiento y continuidad.
- Acercar los servicios a los espacios juveniles.
- Contar con privacidad de la atención
- Tener equipos multidisciplinarios, que aseguren calidad técnica, calidez en el trato y eficiencia en la atención.
- Reconocer en forma paulatina la importancia de los determinantes sociales en la configuración de patrones epidemiológicos de salud
- Contar con un mayor número de "Espacios Amigables" de atención a adolescentes.
- Tener programa de trabajo /atención de acuerdo a la realidad local. Por el perfil de usuarias/os que atiende, las necesidades de esta población y, por consiguiente, el tipo de trabajo que realiza.
- Contar con Centros de Salud Comunitarios vinculados y relacionados con las redes comunales, locales, y comunitarias que existen en el territorio bajo su jurisdicción. La vinculación y coordinación con estas instancias es fundamental para potenciar la promoción de la salud o la prevención.
- Capacitar personal con orientación intercultural.
- Mejorar la competencia técnica y humana del personal institucional, incidiendo en el respeto, en el trato de los usuarios, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, en el combate a la exclusión, y en la equidad en salud a los distintos grupos étnicos.
- Más accesibilidad a especialidades.
- Desarrollar modelos de atención, alternativos e innovadores de prestación de servicios, ampliando el acceso (consultorios móviles, servicios de salud vinculados a la escuela y las farmacias)
- Mejorar acceso para comunas rurales, aumento de la cobertura y acceso a servicios de salud usando estándares de calidad, asegurando disponibilidad de insumos críticos de salud pública en zona alejadas de los centros urbanos.

ANEXO 3.

ANÁLISIS DESDE LOS Y LAS JÓVENES DE LA CAUSALIDAD SOCIAL DEL EMBARAZO ADOLESCENTE

Árbol de problema "Embarazo Adolescente no Deseado"



ANEXO 4.

ACTORES Y SU ARTICULACION EN LA PREVENCION DEL EMBARAZO ADOLESCENTE, VISTO DESDE ESTA POBLACIÓN

Mapa de Actores – Relaciones Embarazo Adolescente
Figura N°2:

ANEXO 5.

CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE IDENTIFICADAS POR JÓVENES

Causas Estructurales:	• Situación de exclusión social de las y los adolescentes en relación a los servicios de educación y especialmente de salud; donde no existe una atención amigable hacia adolescentes y jóvenes; Falta de acceso a métodos anticonceptivos y desigualdad en la calidad de éstos; y la percepción de falta de políticas públicas realmente efectivas destinadas a la población adolescente y joven.
Causas Individuales:	• Liberalismo y permisividad temprana, que lleva a identidades femeninas y masculinas centradas en la búsqueda de reconocimiento y afirmación social a través del acto sexual. • Ausencia y marginalidad masculina de los servicios y tareas de salud sexual y reproductiva, incluida la información sobre sexualidad, consejerías en salud sexual y servicios de anticoncepción. • Las falsas creencias, mitos, o tabúes, derivados de la socialización de información entre los propios pares, pero principalmente, derivados de los medios de comunicación, a travás de propagandas, uso indiscriminado de imágenes sexuales y la difusión de modelos de masculinidad y femeneidad errados (estereotipos comerciales)
Causas Institucionales:	• Condiciones críticas de la vida en familia: escasa comunicación intergeneracional; figuras significativas adultas ausentes y pobres modelos de imitación o cuestionables desde el punto de vista ético; violencia intrafamiliar contra las niñas y abuso sexual. Se entiende a la familia como un espacio relevante de protección que en muchos casos está fallando, ya que los padres aparecen como figuras ausentes en la socialización sexual correcta de sus hijos (as). • Poca interrelación entre actores sociales, asociados a las temáticas juveniles, actuando cada uno de manera separada y no intersectorialmente: Pocos especialistas en salud sexual y reproductiva inmersos en las mallas curriculares de colegios y universidades; ineficiencia de los docentes en temas de salud sexual y reproductiva • Ausencia de educación sexual efectiva en las escuelas o colegio, universidades y otros servicios sociales. Lo cual resulta determinante en la calidad de educación orientada a la salud sexual y reproductiva que se recibe, dificultando la difusión y conocimiento sobre las consecuencias del acto sexual, y la posibilidad de desarrollar un pensamiento más responsable. • Déficit en los servicios específicos de atención en consejería sobre salud sexual y reproductiva; prevención para la población adolescente incluida la anticoncepción y educación sexual y falta de promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos.

ANEXO 5.

CAUSAS DEL EMBARAZO ADOLESCENTE IDENTIFICADAS POR JÓVENES

Socioeconómico	• Estigmatización y discriminación • Marginación social • Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la repitencia es mayor al promedio general nacional • Dificultad inserción laboral femenina
Problemas de Salud	• Trastornos psicológicos. Baja autoestima, depresión • Embarazos de riesgo, y abortos ilegales • Mortalidad materna e infantil
Disfunción Familiar	• Las madres adolescentes, deben asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no esta psicologicamente madura, ya que en terminos cognitivos, afectivos y economicamente, siguen siendo niñas. • La aparición del embarazo en la familia de una adolescente, obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros.

ANEXO 7.

ANÁLISIS FODA ELABORADO POR JÓVENES

FACTORES INTERNOS / FACTORES EXTERNOS	Lista de Fortalezas	Lista de Debilidades
	F1 Trabajo en conjunto (Jóvenes c/ Gobierno) **F2** Objetivos y líneas estratégicas Claras **F3** Planificación Participativa **F4** Existencia del Consejo Consultivo **F5** Respaldo del MINSAL **F6** Estrategias que involucran todos los actores (familia, escuela) **F7** Cercanía y compromiso en el equipo de trabajo **F8** Representatividad de las regiones **F9** Diagnóstico claro de la situación epidemiológica del país **F10** Se incorpora el Plan Andino	**D1** Dificultad en la comunicación **D2** Perdida de interés por parte de los consejeros **D3** Pocos espacios amigables a nivel nacional **D4** Poco financiamiento para actividades de prevención y difusión **D5** Proyecto a largo plazo **D6** Falta de capacitación de los profesionales de salud **D7** Poca comunicación ent re MINSAL– MINEDUC INJUV **D8** No todos han formado consejos regionales **D9** Falta de conocimiento del consejo consultivo en regiones
Lista de Oportunidades **O1** Voluntad Política y apertura hacia los adolescentes **O2** Nuevas formas de comunicación **O3** Apoyo y respaldo internacional (Plan Andino de Salud) **O4** Mayor cobertura comunicacional **O5** Lograr buena conectividad **O6** Integrar otras temáticas de salud **O7** Lograr alianzas estratégicas **O8** En algunas zonas se presentan espacios amigables	**La Estrategia FO (Maxi-Maxi): Maximizar tanto las F como las O.** 1) Continuidad en el trabajo y comunicación con los consejeros y consejeras desde la Secretaría Ejecutiva del Consejo Consultivo Nacional. (F7, O1) 2) Mayor inclusión de los consejeros (as), en el Plan Andino, con la finalidad de que se familiaricen con la formulación de los temas que se desean abordar, la forma de hacerlo y las acciones orientadas en tal sentido (O6, F2, F10).	**La Estrategia DO (Mini-Maxi): Minimizar las D y maximizar las O.** 1) Crear sitio web oficial del Consejo Consultivo Nacional, para de esta forma poder darlo a conocer nacional e internacionalmente. (O2, O4, O5, D2, D8) 2) Continuidad y periodicidad de financiamiento por parte de la UNFPA, además de una alianza multisectorial en diferentes niveles (financieros, técnicos y logísticos), con el sector privado, la sociedad civil y el gobierno. (O3, O7, D4, D7)
Lista de Amenazas **A1** Desigualdad en acceso a SS.SS y beneficios sociales **A2** Poca motivación de los adolescentes por sus políticas públicas **A3** Personal de salud poco capacitado **A4** Estigmatización y visión prejuiciosa de los jóvenes **A5** Falta de recursos para generar actividades **A6** Falta de voluntad política en algunas regiones **A7** Medios de comunicación sobre estimulando el tema de sexualidad **A8** Temas tabú **A9** Procesos burocrático para acceder a información.	**La Estrategia FA (Maxi-Mini): Fortalecer el proyecto y minimizar las amenazas.** 1) Transferencias presupuestales de diferentes instancias para el apoyo de proyectos locales, con el apoyo del gobierno y representantes locales (alcaldes, diputados, etc.) (A5, F1, F4, F5) 2) Articular la gestión de espacios de participación existentes para dar permanencia a las decisiones y asegurarse que queden en manos de la sociedad. Hay que potenciar aun más los espacios de solución de conflictos y confrontación de visiones. (A2, F3, F8) 3) Capacitación a medios de comunicación para borrar estereotipos de juventud negativas. Programas de televisión con asesorías del Programa de Salud Adolescente. (A4, A7, F6)	**La Estrategia DA (Mini-Mini): Minimizar tanto las A como las D.** 1) Capacitación en un contexto interdisciplinario, que capacite realmente a los agentes de los servicios públicos a desenvolverse en contextos comunitarios e interculturales. (D6, A3) 2) Disminuir la dificultad de acceso a la información existente en el ámbito comunitario, abriendo los espacios de diálogo entre los servicios públicos, agentes de salud, y las bases comunitarias, permitiendo a futuro, la creación de sub-mesas o sub-comisiones a nivel de los distintos territorios de las comunas, con mayor autonomía y participación activa en los planes y acciones de salud a nivel rural. (D1, D9, A1, A6, A9)

ANEXO 8.

DOCUMENTO OBSTÁCULOS NACIONALES Y LOCALES/ SOLUCIONES.

Obstáculos	Soluciones
Poca relación entre instituciones (SEREMI-INJUV)	Equipo gestor » Articulador SEREMI
Falta abrir la discusión a temas como aborto, homosexualidad y equidad de género	Abrir discusión a temas tabú (aborto terapéutico, homosexualidad, transgénero)
Falta de financiamiento	Financiamiento a través de proyectos en conjunto con servicios
Falta de compromiso por parte de jóvenes y autoridades por la desinformación ante temas de políticas juveniles	Base de datos con referentes locales y regionales de INJUV-MINSAL Reuniones mensuales-bimensuales entre consejeros-INJUV-MINSAL a nivel regional Difusión actividades y/o información en medios masivos
La centralización de las actividades y/o encuentros nacionales (Santiago no es Chile)	Descentralización de Consejo Consultivo en regiones Reunión Consejo Consultivo a niveles zonales (norte-centro sur)
No se reconoce como prioridad la salud sexual y reproductiva por autoridades locales de INJUV	Participación de los consejeros en consejos regionales de INJUV Postular a COREJUV (se preguntará si es posible sin postular)
Dificultades de comunicación entre consejeros	Visitar Facebook "Consejo Consultivo" Base de datos de consejeros nacionales Creación de pagina web o blog y encargado de retroalimentarlo complementando la pagina del PLAN ANDINO
Desmotivación de los jóvenes cuando no hay apoyo del gobierno	Abogar para que procesos de postulación a proyectos sean más expeditos
Ausencia de espacios físicos para que el trabajo de los consejeros sea más fácil	Gestionar con INJUV locales y SEREMIS la existencia de espacios para funcionar Apoyarse en los EAA
Elecciones poco claras de los consejeros	Organizar de manera más trasparente y efectiva la elección de los consejeros, sin condiciones de edad, ni de género para la representación

ANEXO 9.

RESOLUCIÓN JURÍDICA CONSEJO CONSULTIVO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DPTO. ASES. JURÍDICA
SRJ/AAV/ PRH 26

MINISTERIO DE HACIENDA
OFICINA DE PARTES
RECIBIDO

CONTRALORIA GENERAL
TOMA DE RAZON
RECEPCION

Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoría		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		

REFRENDACION

Ref. por $.....
Imputación.....
Anot. por .....
Imputación.....
.....
Deduc.Dcto.....

CREA CONSEJO CONSULTIVO DE ADOLECENTES Y JOVENES DEL MINISTERIO DE SALUD.

EXENTO N° 65 /

SANTIAGO, 01 MAR. 2010

VISTOS estos antecedentes: lo establecido en los artículos 4º y 5°, del Decreto con Fuerza de Ley Nº 1 de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto ley Nº 2.763 de 1979 y de las leyes Nº 18.469 y Nº 18.933; en los artículos 5º, 6º letra b) y 25 del Decreto Supremo Nº 136 del año 2004, del Ministerio de Salud, Reglamento de esta Secretaría de Estado; en la Resolución Nº 1.600, de 2008, de la Contraloría General de la Republica , y

CONSIDERANDO:

1. Que la Agenda Pro Participación Ciudadana inaugurada por la Presidenta Michelle Bachelet Jeria en septiembre de 2006, define a la participación ciudadana como una manera de "*hacer gobierno*" que se expresa en todos sus ámbitos, en un principio de responsabilidad compartida, que incorpora la opinión de las personas en cada decisión adoptada por las autoridades. Este proceso convierte el resultado de las políticas públicas en algo que los ciudadanos sienten como propio, ya que es un reconocimiento a su diversidad e interculturalidad.

2. Que la Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública del Sistema Nacional de Servicios de Salud, emitida por medio de la Resolución Exenta Nº 168 de 2 de abril 2009, por el Ministro de Salud, Dr. Alvaro Erazo Latorre, fija el marco y contenido mínimo que rigen la constitución de los espacios de participación general y los Consejos Consultivos en particular de esta repartición pública.

3. Que de acuerdo al documento mencionado, la participación ciudadana en salud es un derecho humano y un determinante social en salud. Es también una estrategia política que fortalece y una relación horizontal entre ciudadanía y los equipos de salud, mejorando la gestión pública a partir de las capacidades que la propia ciudadanía posee y puede llegar a poseer.

4. Que de acuerdo al documento mencionado los Consejos de la Sociedad Civil son órganos participativos integrados por actores sociales que inciden en la gestión pública, y los órganos del sistema deben asegurar la representatividad, diversidad y efectividad de los referidos consejos, y deberán rendir cuenta de ello en los términos específicos detallados en dicha resolución.

RESOLUCIÓN JURÍDICA CONSEJO CONSULTIVO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

5. Que los adolescentes y jóvenes son personas en una etapa del ciclo vital caracterizada por cambios vertiginosos tanto somáticos, como psicológicos y sociales, con características propias. Que son titulares de derechos y aptos para representarse a si mismos en diversos ámbitos conforme al grado de autonomía que vayan alcanzando conforme el paso del tiempo.

6. Que la responsabilidad ministerial de ir avanzando en el diseño e implementación de políticas, en las cuales se contemple la mirada de las mismas personas a las que están dirigidas, adquiere vital importancia cuando el grupo poblacional presenta necesidades y características especificas dadas por la etapa del ciclo vital en que se encuentren, como son los y las adolescentes y jóvenes, quienes han estado históricamente marginados de los espacios de participación y decisión.

7. Que la participación ciudadana fortalece la sociedad civil, incentiva la organización o la asociación de los ciudadanos, fomenta una cultura solidaria, reconoce el aporte de personas no organizadas y es complementaria al sistema político representativo, estimulando la inclusión social de quienes ejercitan la participación.

8. Que se busca, además, relevar en las políticas públicas la participación como factor importante para garantizar la no discriminación y el respeto a la interculturalidad, ambos principios muy valiosos al tratarse de juventud, espacio en que conviven numerosas y diversas manifestaciones culturales, que constituyen un capital de enriquecimiento social.

9. Que las sociedades civiles fuertes, con redes asociativas y de confianza entre las personas, generan cultura de cooperación, sentido de comunidad, proyecto compartido y un voluntariado que da sentido de solidaridad, permitiendo la inclusión social.

10. Que la actividad del Ministerio de Salud, a través de su Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes, requiere fortalecer las iniciativas hacia este grupo poblacional en forma concordante con la definición del Gobierno de la Presidenta Bachellet.

11. Que, en este marco, la creación de un Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud de Chile, expresa la voluntad de diálogo del gobierno, que busca identificar y acoger propuestas de la ciudadanía, que permitan fortalecer el trabajo del sector hacia este grupo poblacional.

12. Que, conforme y en mérito de lo anterior, dicto el siguiente;

D E C R E T O

1° CRÉASE el Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, cuyo objetivo es el de asesorar a las autoridades ministeriales en las decisiones en torno a políticas y servicios públicos de salud para este grupo poblacional, de manera de contar con la opinión directa de las personas a las que éstas van dirigidas.

2° El Consejo estará constituido por dos representantes de cada región, que formen parte de instancias de participación adolescente o juvenil, totalizando una cantidad de 30 Consejeros, los que deberán ser elegidos en procesos

RESOLUCIÓN JURÍDICA CONSEJO CONSULTIVO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

participativos, que aseguren, tanto la diversidad como la representatividad de los Consejeros. Dicho proceso de elección será responsabilidad y contará con la supervisión directa de los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud.

3° El Consejo sesionará presencialmente al menos una vez por semestre, además de otras sesiones durante el año que los jóvenes establecerán. Lo anteriormente dispuesto es sin perjuicio de otras reuniones presenciales o virtuales que el Ministerio fije oficiosamente u oyendo las solicitudes y propuestas de los consejeros.

4° Las sesiones tendrán por propósito mínimo que los consejeros conozcan el estado de avance del Programa de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio, a través de una cuenta pública de la gestión en salud dada por el Ministerio; planificar y evaluar sus acciones, dialogar con las autoridades ministeriales a cargo de la organización de servicios de salud para ellos y ellas; opinar, priorizar y decidir propuestas frente a lo presentado o frente a otras materias que estimen pertinentes en estos encuentros; así como proponer reuniones presenciales o virtuales para asuntos específicos.

Las decisiones que adopte el Consejo en el ejercicio de las funciones propias serán tomadas por la mayoría simple de sus miembros presentes.

Los resultados del proceso participativo llevado a cabo de acuerdo a lo establecido en los incisos anteriores, serán llevados en calidad de recomendación a la autoridad ministerial correspondiente.

5° El Consejo determinará su estructura orgánica y propondrá y presentará a las autoridades ministeriales un programa de trabajo que deberá acordar al momento de sesionar. El Programa de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio, asumirá la Secretaría Ejecutiva del Consejo.

ANÓTESE, COMUNIQUESE Y PUBLÍQUESE

POR ORDEN DE LA PRESIDENTA DE LA REPÚBLICA

REPUBLICA DE CHILE MINISTERIO DE SALUD MINISTRO

DR. ALVARO ERAZO LATORRE
MINISTRO DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

- Gabinete Sr. Ministro.
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Gabinete Subsecretaría de Salud Pública.
- Departamento de Ciclo Vital
- Departamento de Asesoría Jurídica
- Secretarías Regionales Ministeriales de Salud
- Oficina de Partes.

ANEXO 9.

RESOLUCIÓN JURÍDICA PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

Gobierno de Chile

SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
SUBSECRETARÍA REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DIVISIÓN JURÍDICA
AAS/JDA/IL/MMF/MCT/AMB/FST/SIC/AMSCH/ISL

APRUEBA PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTE GRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES. PLAN DE ACCIÓN 2012-2020. NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN.

EXENTA N° 466 /

SANTIAGO, 20 JUL. 2012

VISTO: lo solicitado por memorandos N° 113 y153 de 2012, de la División de Prevención y Control de Enfermedades; lo dispuesto en los artículos 4° y 7° del DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud; y en la resolución N° 1.600 de 2008 de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

- La importancia de intervenir prioritariamente en períodos de vida temprana con estrategias y acciones promocionales y preventivas de manera de mejorar la salud de la población, dicto la siguiente:

R E S O L U C I O N :

1°.- APRUÉBASE, a contar de la fecha de la presente resolución, el texto del Programa nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020, Nivel Primario de Atención.

2°.- El programa que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de 192 páginas, cuyo original, visado por los Subsecretarios de Salud Pública y de Redes Asistenciales, se mantendrá en poder del jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades.

Todas las copias del programa en referencia deberán guardar estricta concordancia con el texto original.

3°.- REMÍTASE un ejemplar del Programa nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de Acción 2012-2020, Nivel Primario de Atención, a los Servicios de Salud del país.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

REPUBLICA DE CHILE MINISTERIO DE SALUD MINISTRO

DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD

RESOLUCIÓN JURÍDICA PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

DISTRIBUCIÓN:
-Gabinete del Ministro
-Subsecretaría Salud Pública
-Subsecretaría Redes Asistenciales
-División Jurídica
-Diprece
-Seremis de Salud
-Servicios de Salud
-Oficina de Partes
21/4/12

BIBLIOGRAFIA

1. AAPD. American Academy on Pediatric Dentistry; American Academy of Pediatrics. (2008). Policy on early childhood caries (ECC): classifications, consequences, and preventive strategies. Pediatr Dent, 30(7 Suppl), 40-3.

2. Alvarado, R., Erazo, C., Poblete, C., (2006). ¿Es factible y útil la detección precoz como estrategia de salud pública para el primer episodio de psicosis? Rev Chil Salud Pública; Vol 10 (3): 158-163.

3. Anna, M., Korver, M., & cols. (2010). Newborn-Hearing Screening vs Later Hearing Screening and Developmental Outcomes in Children With Permanent Childhood Hearing Impairment.

4. Anderson, P. & Scott, E. (1992) The effect of general practitioners: advice to heavy drinking men. British journal of addiction, 87,891-900.

5. Anderson, P., Chisholm, D., Fuhr D. (2009). Effectiveness and cost Effectiveness of policies and programs to reduce the arm caused by alcohol. Lancet 27; 373 (9682):2234-46.

6. Asaria P, Chisholm D, Mathers C, Ezzati M, Beaglehole R. (2007). Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. Lancet; 370:2044-53.

7. Aseltine, RH., et al. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. BMC Public Health.

8. Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos.
http://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/legislacion/organismos_internacionales/naciones_unidas/common/pdfs

9. Babor, T., Caetano, R., Casswell, S. & cols.
(2003). Alcohol, No Ordinary Commodity: Research and Public Policy. Oxford.

10. Babor, T. & Caetano, R. (2005). Evidence-based alcohol policy in the Americas: strengths, weaknesses, and future challenges. Rev Panam Salud Publica 18(4- 5):327-37.

11. Bamford, J., Fortnum, H., Bristow, K., Smith, J., & cols. (1996). Current practice, accuracy, effectiveness and cost-effectiveness of the school entry hearing screen, 2007; Lyon GR, Learning disabilities, Future Child, 6(1)54-76).

12. Barker, D. (1992). Fetal and infant origins of adult disease. London: British Medical Publishing Group.

13. Barker, D. (1998). Mothers, Babies and Health in Later Life, second ed. Churchill Livingstone, Edinburgh.

14. Barker, D., & Clark, P. (1997). Fetal undernutrition and disease in later life. Rev Reprod. (2), 105-112.

15. Barkley, R., Fischer, M., Smallish, L., Fletcher, K. (2003). Does the Treatment of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder With Stimulants Contribute to Drug Use/Abuse? A 13-Year Prospective Study Pediatrics. 111 (1): 97-109.

16. Barlow, J., Smailagic, N., Bennett, C., y cols. (2011). Individual and group based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. Cochrane Database Syst Rev. 16;(3)

17. Beich, A., Thorkil, T., Rollnick, S. (2003) Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: systematic review and meta-analysis. British Medical Journal, 327,536-42.

18. Berenson, GS., Srinivasan, SR., Bao, W., & cols. (1998). Association between multiple cardiovascular risk factors and atherosclerosis in children and young adults. The Bogalusa Heart Study. N Engl J Med, 338:1650-6.

BIBLIOGRAFIA

19. Black, M., Bentley, M., Papas, M., & cols. (2006). Delaying second births among adolescent mothers: a randomized, controlled trial of a home-based mentoring program; Pediatrics Oct; 118(4):e1087-99.

20. Blum R., BeuhringT. , Shew M., et al (2000). The Effects of Race/Ethnicity, Income, and Family Structure on Adolescent Risk Behaviors. Am J Public Health, 90 (12): 1879-1884.

21. Breinbauer, D., & Maddaleno, M. (2005). Youth: choices and change. Promoting healthy behaviors in adolescents. Washington, DC: OPS.

22. Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of Human Development. Cambridge, Harvard University Press. Trad. al Castellano: (1987). La ecología del desarrollo humano. Barcelona, España: Ediciones Paidós.

23. Burke, K., et al. (2010). A randomised controlled trial of the efficacy of the ABCD Parenting Young Adolescents Program: rationale and methodology. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 4:22.

24. Brooke, S., Pelham, W. (1999). Interactive effects of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder on early adolescent substance use. Psychology of addictive behaviours. 13 (4): 348-358.

25. CEPAL-OIJ (2004) Juventud Iberoamericana: tendencias y urgencias. Santiago.

26. Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans. (2008). Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce. Washington D.C., EEUU: The National Academies Press.

27. CONACE. (2010). VIII Estudio Nacional de Drogas en población escolar de Chile, de Octavo a Cuarto Medio. Recuperado de http://www.conace.cl/inicio/pdf/resumen_informe_VIII_estudio_drogas_poblaciones colar.

28. Constitución Política de la República de Chile, Cap. III, art. 19, inciso 9º. Recuperado de http://www.camara.cl/camara/media/docs/constitucion_politica.pdf

29. Correa, L., Zubarew, T., Silva, P., & Romero, M.I. (2006). Prevalencia de riesgo de trastornos alimentarios en adolescentes mujeres escolares de la Región Metropolitana. Revista Chilena de pediatría, 77(2),153-160. doi: 10.4067/S0370-41062006000200005

30. Cuffe, S., McKeown, R., Jackson, K., Addy, C., Abramson, R., Garrison, C. (2001). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in a community sample of older adolescents. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40(9): 1037-44.

31. Dides, C., Benavente, M.C., & Moran, J.M. (2008). Diagnóstico de la situación del embarazo en la adolescencia en Chile, 2008. Programa Género y Equidad. Ministerio de Salud, UNFPA CHI1R11A. Flacso- Chile. Santiago de Chile: Alfabeta Artes Graficas.

32. Dietz W, Gortmaker S. (2001). Preventing obesity in children and adolescents. Annu Rev Public Health 2001; 22: 337-353.

33. División de Estadística de las Naciones Unidas. (2009). World population prospect. The 2008 Revision. Recuperado de http://unstats.un.org/unsd/statcom/commission.htm

34. Douglass AB, Douglass JM, Krol DM. (2009). Educating Pediatricians and Family Physicians in Children's Oral Health. Acad Pediatr, 9, 452-6.

BIBLIOGRAFIA

35. Elder, G. (1998). The life course and human development. In: Damon W, Lerner RM, eds. Handbook of child psychology volume 1: theoretical models of human development. New York: Wiley, 939-91.

36. Fergus, S., Zimmerman, MA. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. Annu Rev Public Health; 26: 399-419.

37. Florenzano, R., Valdés, M., Santander, S., Calderón, S., Cassasus, M. & cols. (2008): Conductas de riesgo y factores de protección en una muestra representativa de adolescentes escolarizados en la Región Metropolitana. Actas del III Congreso Chileno de adolescencia. Santiago de Chile. 4-6 de Septiembre del 2007.

38. Florenzano, R., Cáceres, E., Valdés, M., Calderón, S., Santander, S., Cassasus, M. (2009): Conductas de riesgo, síntomas depresivos, auto y hetero-agresión en una muestra de adolescentes escolarizados en la R. Metropolitana de Santiago de Chile. Rev. chil. neuro-psiquiatr.v 47 (1): p.p. 24-33

39. Franko DL., Thompson D., Bauserman R., et al. (2008). What's love got to do with it? Family cohesion and healthy eating behaviors in adolescent girls. Journal of Eating Disorders; 41(4):360-7.

40. Fried, D. (2000). Nuevos paradigmas en la resolución de conflictos. Perpectivas y prácticas. Argentina: Ganica, S.A.

41. Fuller, V., Corvalan, D., & Poblete, T. (2003). Familia y Adolescencia. En: Adolescencia: promoción, prevención y atención de salud. Eds: Zubarew, Romero, Poblete. [Santiago]: Ediciones Universidad Católica.

42. Flynn, PM., Aldrovandi, GM., Chadwick, EG., y cols (2011). Adolescents and HIV infection: the pediatrician's role in promoting routine testing. Pediatrics, 128(5):1023-9.

43. Giele, J. & Elder, G. (1998). Methods of Life Course Research Qualitative and Quantitative Approaches, Thousands Oaks, CA: Sage Publications.

44. Gray, S., Sheeder, J., O'Brien, R., et al. (2006). Having the best intentions is necessary but not sufficient: what would increase the efficacy of home visiting for preventing second teen pregnancies? Prev SCi, 7(4):389-95.

45. Grill, E., Uus, K., Hessel, F., Davies, L., & cols. (2006). Neonatal hearing screening: modelling cost and effectiveness of hospital- and community based screening.

46. Gluckman, & Hanson, M. (2008). Effect of in utero and Early- Life conditions on adult health and disease. N Engl J Med (359), 62-73 .

47. Grotberg, E. (1995). The international resilience project: promoting resilience in children, Washington D.C., Civitan International Research Center, University of Alabama at Birmingham, ERIC Reports.

48. Green, JM., Wood, AJ., Kerfoot, MJ., y col (2011). Group therapy for adolescents with repeated self harm: randomised controlled trial with economic evaluation. BMJ, 1; 342:d682.

49. Grupo del Banco Mundial. (2011). Chile, América Latina y el Caribe. Chile: El Banco Mundial. Recuperado de http://datos.bancomundial.org/pais/chile

50. Guyll M., SpothR., ChaoW., et al. (2004). Family-focused preventive interventions: Evaluating parental risk moderation of substance use trajectories. Journal of Family Psychology; 18(2):293-30

51. Hareven, T., & Adams, K. (1982). Ageing and life course transitions: an interdisciplinary perspective. Routledge.

BIBLIOGRAFIA

52. Hasen (2011). Reunión Nacional del Consejo Consultivo de adolescentes y Jóvenes, Sistematización. Recuperado de http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/aa5440469fb26a21e04001011e01143f.pdf

53. Heidi, D., Nelson, M., Christina, B. & cols. (2008). Universal Newborn Hearing Screening: Systematic Review to Update the 200.1U.S. Preventive Services Task Force Recommendation, AHRQ publication.

54. Hertzman, C. (1995). The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood. Ann NY Acad Sci;896:85-95.

55. Higgins-Biddle, J. & Babor, T. (1996) Reducing Risky Drinking. Report prepared for the Robert Wood Johnson Foundation, Farmington, Centro de Salud de la Universidad de Connecticut.

56. Hoang, M., L. Thu, T. Tuan, H. Van Kinh, D. Efroymson, S. FitzGerald (2005). Tobacco over education: an examination of the opportunity losses for smoking households, HealthBridge Vietnam.

57. Hofman, A., Hazebroek, A., Valkenburg, HA. (1983). A randomized trial of sodium intake and blood pressure in newborn infants. JAMA; 250:370-3.

58. INE. (2005). Anuario Estadísticas Vitales 2005. Recuperado de http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demo_y_vita.php

59. INE (2007). Estadísticas Vitales Informe anual 2007 Recuperado de http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demo_y_vita.php

60. INE. (2009). Proyecciones poblaciones 1990-2020. Recuperado de http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demo_y_vita.php

61. INJUV (2010). Ministerio de Planificación (MIDEPLAN). Gobierno de Chile. 6ª Encuesta Nacional de Juventud.

62. International Union for Health Promotion and Education. (1999). The evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. A Report for the European Commission by the (versión española).

63. Krieger, N (2000). Epidemiology and social sciences: towards a critical reengagemenet in the 21st. century. Epidemiology reviews 11:155-63. Recuperado el 12 de Junio del 2009, de http://ije.oxfordjournals.org/cgi/citmgr

64. Kuh, D., Ben-Shlomo, Y. (1998). A life course approach to chronic disease epidemiology; tracing the origins of ill-health from early to adult life. 2nd edn. Oxford: Oxford University Press (in press)

65. Kumpfer, K., Alvarado, R. (2003) Family strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors, American Psychologist, 58 (6-7): 457-465 Ley Nº 20.418. (2010). Recuperado de Jihttp://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20418

66. López, L., Audisio,Y., Berra, S. (2010). Efectividad de las intervenciones de base poblacional dirigidas a la prevención de sobrepeso en la población infantil y adolescente. Med Clin (Barcelona); 10: 462-469.

67. Lu, M., & Halfon, N. (2003). Racial and ethnic disparities in birth outcomes: A life-course perspective. Maternal and Child Health Journal , 7 (1), 13-30.

68. Lumey (1998). Reproductive outcomes in women prenatally exposed to undernutrition: a review of findings from the Dutch famine birth cohort. Proceeding of de Nutrition Society (57), 129-135.

69. Maddaleno, M., & Florenzano, R. (1996). Guías curriculares: Salud integral del adolescente. Santiago. Corporación de Promoción Universitaria

BIBLIOGRAFIA

70. Mason, W. & cols. (2003). Reducing Adolescents' Growth in Substance Use and Delinquency: Randomized Trial Effects of a Parent-Training Prevention Intervention, Prevention Science, 4 (3): 203-212)

71. Mathias, K. (2002). Youth-specific primary health care -access, utilisation and health outcomes. A critical appraisal of the literature. New Zealand Health Technology Assesment. NZHTA REPORT, January. Volume 5 Number 1.

72. Mannan, H., Turnbull, A. (2007). A review of community based rehabilitation evaluations: Quality of life as an outcome measure for future evaluations. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal, 18(1):29-45).

73. Ministerio de Planificación (MIDEPLAN), Gobierno de Chile (2010). Encuesta Casen 2009. Recuperado: http://www.mideplan.cl/casen/publicaciones/2009/ distribución_ingreso_casen_2009. pdf

74. Minah G, Lin C, Coors S, Rambob I, Tinanoff N, Grossman LK. (2008). Evaluation of an early childhood caries prevention program at an urban pediatric clinic. Pediatr Dent., 30(6), 499-504.

75. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (200). Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2000-2010. Departamento de Salud Mental.

76. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2001). Salud sin tabaco. Guía Técnica Metodológica. Programa Ambientes Libres del Humo de Tabaco. Departamento Promoción de Salud, Programa Ambientes Libres del Humo de Tabaco. DIVAP. 181p.

77. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2003a). Como ayudar a dejar de fumar. Manual para el equipo de salud. Programa de Salud Cardiovascular.

78. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2003b). Vida sin tabaco para niños, niñas y adolescentes: un desafío urgente. Guía para educadores. Dpto. Promoción de Salud. División de Rectoría y Regulación Sanitaria.

79. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2004). Guías para una vìda saludable I y II. Departamento de Alimentos y Nutrición.

80. Ministerio de Salud (MINSAL), OPS & OMS. (2005). Encuesta mundial de salud escolar Chile, 2004-2005. Centro para control y prevención de Enfermedades de Atlanta.

81. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2005a). Norma General Técnica Nº 76 Guía Educativa para una vida saludable. Departamento de Alimentos y Nutrición.

82. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2005b). Guía Clínica Detección y Tratamiento temprano de alcohol y otras sustancias sicoactivas. Departamento de Salud Mental.

BIBLIOGRAFIA

83. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2006). II Encuesta de Calidad de Vida y Salud.
84. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2006a). Norma Técnica Nº 85: Tratamiento Adolescentes Infractores de Ley con problemas de alcohol y drogas. Departamento de Salud Mental.

85. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2007). Orientaciones para la atención de población infantil y adolescente con vulneración de derechos e infractores de ley penal, con trastornos mentales. Departamento de Salud Mental.

86. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile. (2008). Guía Clínica Atención Integral de Niñas/ Niños y Adolescentes con Trastorno Hipercinético/Trastorno de la Atención (THA).

87. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile. (2008a). Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes, Ministerio de Salud de Chile 2008- 2015.

88. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2008b). Informe final estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Recuperado de http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/Informe%20final%20carga_Enf_2007.pdf

89. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2008c). Resúmenes estadísticos mensuales 2008. Departamento de estadísticas y información en Salud (DEIS).

90. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2008d). Orientación para la implementación de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes en Chile, Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes en Chile. Documento Borrador. Santiago Chile.

91. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2009a). Resúmenes estadísticos mensuales 2009. Departamento de estadísticas y información en Salud (DEIS).

92. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2009b). Departamento de Estadística e información de Salud. Boletín ENO 2009, Total casos notificados por Sífilis menores de 25 años Chile. Recuperado de http:// www.minsal.deis.cl

93. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2009c). Orientaciones técnicas para la atención de adolescentes con problemas de salud mental. Departamento de Salud Mental.

94. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2009d). Orientaciones técnicas para la atención de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales. Departamento de Salud Mental.

95. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2008-2009). Orientaciones Técnicas Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física. Departamento de Alimentos y Nutrición.

BIBLIOGRAFIA

96. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2010a).Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Recuperado de http://www.encuestasalud.cl/

97. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2010b). Resúmenes estadísticos mensuales 2010. Departamento de estadísticas y información en Salud (DEIS).

98. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2010c). Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2011. Subsecretaria de redes asistenciales.

99. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2010). Objetivos Sanitarios de la década. Evaluación a final de período. Ministerio de Salud, Recuperado de http://www.minsal.gob.cl/portal/docs/1/5648346.pdf

100. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2011). Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020, Ministerio de Salud, Recuperado de http://www.minsal.gob.cl/portal/docs/1/5648346.pdf

101. Ministerio de salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2011a). Guía Práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes, Orientaciones Generales. Departamento de Ciclo Vital.

102. Ministerio de salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2011b). Programa de Promoción de Salud 2011-2015, Actualización de orientaciones para planes comunales de promoción de la salud. Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana.

103. Ministerio de Salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2011c). Estadísticos mensuales 2011. Departamento de estadísticas y información en Salud (DEIS).

104. Ministerio de salud (MINSAL), Gobierno de Chile (2012). Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes "Control Joven Sano". Departamento de Ciclo Vital.

105. Ministerio de Educación (MINEDUC). (2010). Informe de resultados Educación Física SIMCE 8° básico 2010. Recuperado de http://www.simce.cl/fileadmin/Documentos_y_archivos_SIMCE/Informes_2010/Informe_de_Resultados_Educacion_Fisica.pdf

106. Molina, B., Smith, B., Pelma, W. (1999). Interactive Effects of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder on Early Adolescent Substance Use. Psychology of Addictive Behaviors. 13 (4): 348-358.

107. Naciones unidas. (2008). Pueblos indígenas de América Latina: Políticas y Programas de Salud, ¿Cuánto y cómo se ha avanzado? Informe de Seminario Taller. Naciones Unidas 2008. Santiago de Chile.

108. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. (2000). Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 39: 182-193.

109. Organización Mundial de la Salud (OMS), (2001). Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.

BIBLIOGRAFIA

110. OMS/OPS. (2008). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud "Subsanar las desigualdades en una Generación". Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/index.html

111. OMS/OPS. (2011). Cerrando la brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la Salud: Conferencia Mundial sobre los determinantes sociales de la salud.)

112. OPS (2005). IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington DC, Estados Unidos.

113. OPS (2005a). Modelo de Consejería Orientada a los Jóvenes, en Prevención del VIH y para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva: una guía para proveedores de primera línea.

114. OPS/OMS. (2007). Propuesta del Plan Estratégico 2008-2012. Serie de documentos de planificación de la OPS. Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DO-328-completo-s.pdf

115. OPS/OMS. (2008). Estrategia Regional para Mejorar la Salud de Adolescentes y Jóvenes. 48° Consejo Directivo. 60a sesión del comité regional (CD48/8). Recuperado de http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-08-s.pdf

116. OPS. (2008). Sin humo y con vida. Informe OPS sobre la epidemia mundial del tabaco. Plan de medidas MPOWER. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596280_spa.pdf

117. OPS/OMS. (2009). Estrategia regional para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes. 49° Consejo Directivo. 61a sesión del comité regional (CD49/R14). Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-18-s.pdf

118. OPS. (2010). Estrategia y plan de acción regional sobre los Adolescentes y Jóvenes 2010-2018. Recuperado de http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia%20y%20Plan%20de%20Acci%f3n%20Regional%20sobre%20los%20Adolescentes%20y%20J%f3venes.pdf

119. OMS (2004a). Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo. Pruebas para la Acción. Traducido al castellano e impreso por la Organización Panamericana de la Salud (Unidad de Enfermedades No Transmisibles) Washington, D.C.

120. OMS (2004b). Prevención de los Trastornos Mentales intervenciones efectivas y opciones de políticas Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

121. OMS (2007). Documento de Trabajo Subsanar las desigualdades en una generación.

122. OMS (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud.

123. OMS (2011a). Los jóvenes y los riesgos sanitarios. 64a Asamblea mundial de la salud (A64/25). Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_25-sp.pdf

BIBLIOGRAFIA

124. OMS (2011b) Conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la Salud. Cerrando la Brecha: "La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. "Todos por la equidad." Río de Janeiro, Brasil.

125. ONUSIDA (2007). Directrices prácticas del ONUSIDA para intensificar la prevención del VIH.

126. Ozer, EM., Adams, SH., Orrell-Valente, JK., y cols (2011). Does delivering preventive services in primary care reduce adolescent risky behavior? J Adolesc Health, 49(5):476-82.

127. Pbert, L., Druker, S., DiFranza, JR., y cols (2011). Effectiveness of a school nurse-delivered smoking-cessation intervention for adolescents. Pediatrics; 128(5):926-36.

128. Pioli, G., Davoli, M., Pellicciotti, F., Pignedoli, P., Ferrari, A. (2011). Comprensive Care, Eur J Phys Rehabil Med. Jun; 47(2):265-79.

129. Power, C., Manor, O., Matthews, S. (1999). The duration and timing of exposure: effects of socioeconomic environment on adult health. Am J Public Health;89:1059-65

130. Puig, T., Municio, A., Medà, C. (2008). Cribaje (screening) auditivo neonatal universal versus cribaje (screening) selectivo como parte del tratamiento de la sordera infantil, La Biblioteca Cochrane Plus, Número 2.

131. Reinehr T, Kleber M, Toschke A. (2009). Lifestyle intervention in obese children is associated with a decrease of the metabolic syndrome prevalence. Atherosclerosis, 207: 174-180.

132. Rehnstrom, U., Velandia, M., (2006). Experiencias Estratégicas Suecas para Prevención de Embarazo en la Adolescencia. Presentada en taller de planificación regional de OPS sobre prevención de embarazo en adolescentes Montevideo.

133. Rhew et al. (2010). Criterion validity of the Short Mood and Feelings Questionnaire and one- and two-item depression screens in young adolescents. BMC Child and Adolescent Psychiatry and Mental Healt

134. Robinson, R. (1992). Is the child father of the man? Controversy about the early origins of cardiovascular disease. BMJ; 304:789-90

135. Rodgers, A., Ezzati, M., Vander Hoorn, S., & cols. (2004). Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Distribution of Major Health Risks: Findings from the Global Burden of Disease Study. Plos Medicine 1(1):e27. Disponible en: http://www.plosmedicine.org

136. Sadler, M., Obach, A., Luengo, X., Biggs, M. (2011). Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile. Organización CulturaSalud.

137. Safer, H., Dave, D. (2002). Alcohol consumption and alcohol advertising bans. Applied Economics 30:1325 - 34.

138. Santander, S., Zubarew, T., Santelices, L; Argollo, P.; Cerda, J; Bórquez, M. (2008). Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. Revista médica de Chile, 136, 317-324.

BIBLIOGRAFIA

139. Semeniuk, Y., Brown, R., Riesch, S., et al. (2010). The Strengthening Families Program 10-14: influence on parent and youth problem- solving skill. Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, 17(5):392-402.

140. Servicio Nacional de Menores (SENAME), Gobierno de Chile (2004). Diagnóstico de Salud Mental Psiquiátrico y Propuesta de modelo de atención de niños, niñas y adolescentes de los Centros de Administración Directa de SENAME.

141. Servicio Nacional de Menores (SENAME), Gobierno de Chile (2006). Estudio Departamento de Protección de Derechos (DEPRODE).

142. Servicio Nacional de Menores (SENAME), Gobierno de Chile (2010). Presentación Director Nacional Sename "A tres años de la LRPA".

143. Soto, L., Tapia, R., Jara, G., Rodriguez, G., Urbina, T. (2007). Diagnóstico de Salud Nacional de Salud Bucal del adolescente de 12 años y evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos sanitarios de salud bucal 2000-2010. FONIS Chile. Universidad Mayor.

144. Schutt-Aine, J., & Maddaleno, M. (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington, DC: OPS.

145. Shutt-Aine, J., Maddaleno, M. (2003). MPH. OPS. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas.

146. Smith, D., Hart, C., Blane, D., & cols. (1998). Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific adult mortality: prospective observational study. BMJ;316:1631-5.

147. Toledo, V., De la Barra, F., López, C., George, M., Rodríguez, J. (1997). Diagnóstico psiquiátricos en una cohorte de escolares de primer año de enseñanza básica del Área Occidente de Santiago, Revista Chilena Neuro-Psiquiat. 35:17-24.

148. UNFPA (2005). Capitación en Derechos y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y El Caribe. México DF.

149. UNAIDS (2008). Inter-Agency Task Team (IATT) on Young People: Guidance Briefs.

150. UNESCO (2009). Internacional Technical Guidance on Sexuality Education.

151. UNODC (2010b). Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programs. United Nations Office Drugs and Crime.

152. Velema, J., Ebenso, B., Fuzikawa, P., (2008). Evidence for the effectiveness of the rehabilitation in the community programmes. Leprosy Review, 79:65-82.

153. Whitelaw, N. (2010). Healthy Aging: Why Now? . En NCOA (Ed.), Healthy Aging Briefing Series. National Council on Aging and IllumInAge.

RESPONSABLES TÉCNICOS DEL DOCUMENTO

Equipo Profesionales del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud:

Sylvia Santander Rigollet	Médico Cirujano, Jefa del Depto. de Ciclo Vital Encargada del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes.
Mª Angélica Caprile Araneda	Asistente Social, Profesional del Programa de adolescentes y jóvenes.
Pamela Burdiles Fraile	Matrona, Profesional del Programa de adolescentes y jóvenes.
Patricia Narváez Espinoza	Enfermera y Matrona, Profesional del Programa de adolescentes y jóvenes.
Lorena Ramírez Concha	Matrona, Profesional Asesor del Programa de adolescentes y jóvenes.
Pamela Meneses Cordero	Socióloga, Encargada del Programa de adolescentes y jóvenes en la Subsecretaría de Redes Asistenciales
Graciela Tapia Correa	Secretaria, Depto. Ciclo Vital

Colaboradores para la formulación del Programa

Profesionales Unidades Técnicas del Ministerio de Salud:

Sibila Iñiguez Castillo	Médico Cirujano, Jefa División Atención Primaria, Subsecretaria de Redes Asistenciales.
Alfredo Pemjeam	Psiquiatra, Jefe Depto. Salud Mental, DIPRECE
Alfredo Silva	Cirujano Dentista, Depto. Odontológico, División de Gestión de Redes Asistenciales. lescentes y jóvenes en la Subsecretaría de Redes Asistenciales
Ana Ayala González	Matrona, División Atención Primaria, Unidad de Programas de Reforzamiento de APS.Subsecretaría de Redes Asistenciales
Ana Cristina Pinheiro	Nutricionista, División de Promoción y Políticas Públicas, Departamento de Alimentos y Nutrición
Ana María Bustamante	Asistente Social, Depto. Salud Mental, DIPRECE
Ana María San Martín	Enfermera, Jefa Programa VIH, SIDA y ETS
Andrés Alvarez	Profesional, Depto. Estadísticas e Información en Salud
Anselmo Cancino	Asistente Social, Depto. Promoción de la Salud, DIPOL
Bárbara Hayes F.	Periodista, Unidad de Género y Salud. Depto. Ciclo Vital
Carolina Peredo	Matrona, Depto. Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/Sida e ITS
Catalina Campos	Enfermera, Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana
Cecilia Moya	Enfermera, Profesional División de Atención Primaria, Jefa Unidad de Programas de Reforzamiento de APS. SSRA
Cecilia Zuleta	Psicóloga, Depto. Salud Mental, DIPRECE
Diego Gaitán	Médico Cirujano, Departamento de Alimentos y Nutrición

Edith Ortiz	Enfermera, Programa VIH, SIDA y ETS
Felipe Solar T.	Médico Cirujano, Jefe División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública
Hernán Soto	Fonoaudiólogo, Jefe Depto. Discapacidad y Rehabilitación, DIPOL
Irma Rojas M.	Enfermera, Departamento de Salud mental, DIPRECE, Subsecretaría de Salud Pública
Jessica Villena G.	Enfermera, Dpto. Gestión y Coordinación APS, DIVAP, Redes Asistenciales
Jorge Díaz C.	Médico Cirujano, Jefe Dpto. Gestión y Coordinación APS, DIVAP, Redes Asistenciales
Laura Gajardo	Profesora Educación Física, División de Promoción y Políticas Públicas
Lea Derios	Enfermera, Depto. Enfermedades No Transmisibles
Lilian Urrutia F.	Psiquiatra, Unidad de Salud Mental, DIGERA
Lorena Arellano	Nutricionista, División de Promoción y Políticas Públicas, Departamento de Alimentos y Nutrición
Maria Jose Letelier R.	Cirujano Dentista, Profesional Depto. Salud Bucal
María Paz Araya	Psicóloga, Depto. Salud Mental
Marie Jossette Iribarne W.	Ingeniera Comercial, Depto. Estadísticas e Información en Salud
Marta Prieto	Matrona, Depto. Enfermedades No Transmisibles
Mayra Torres	Matrona, Depto. Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/Sida e ITS
Miriam González	Matrona, Programa Salud de la Mujer
Ninoska Leiva C.	Periodista, Depto. Relaciones Públicas
Pilar Monsalve	Médico Cirujano, Depto. de Ciclo Vital
Rodrigo Baeza G	Profesional, Depto. Gestión en TICs

Soledad Ishihara Z.	Tecnólogo Médico, Dpto. Gestión y Coordinación APS, DIVAP, Redes Asistenciales
Xenia Benavides	Nutricionista, División de Atención Primaria. Unidad de Programas de Reforzamiento de APS., Subscretaría de Redes Asistenciales
Ximena Carrasco	Matrona. Jefa Depto. de Estadísticas e Información en Salud
Ximena Perez J.	Coordinación administrativa DIPRECE
Cecilia Fulgeri S.	Coordinación administrativa DIPRECE
Elia Quilaleo M.	Secretaria DIPRECE

Destacamos el valioso aporte de diversas instituciones, cuyos representantes colaboraron en los distintos niveles de elaboración, análisis y consulta:

Adela Montero V.	Médico, Directora Cemera, Académico Facultad de Medicina Universidad de Chile
Alberto Minoletti S.	Médico Psiquiatra, Académico Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, universidad de Chile.
Alejandra Calvo	Sectorialista Educación, Unidad de Estudios Mideplan
Alejandro Guajardo	Director Ejecutivo Aprofa
Alexandra Obach	Cultura y Salud Programa EME Masculinidades y Equidad de Género
Anita Román	Presidenta del Colegio de Matronas y Matrones de Chile
Blanquita Honorato	Asesora de Gabinete Mideplan, División de Sename
Carmen Garcés	Representante Colegio de Matronas de Chile
Carmen Luz Rivera	Académica Usach

Carolina Jorquera	Psicóloga, Escuela de Psicología Universidad de Santiago
Claudia Saavedra	Sectorialista Sename
Claudia Sagredo	Médico, Hospital Exequiel Gonzalez Cortés, Universidad de Chile
Daniela Cabezas	Sectorialista Segegob
Diego Salazar	Académico Universidad de Chile
Dina Krauskopf	Consultora, Universidad de Chile, UDD
Emilia Sanhueza	Médico, Académica Universidad de Chile.
Francisca Hidalgo	ONG en Marcha
Francisco Aguayo	Cultura y Salud Programa EME Masculinidades y Equidad de Género
Hilda Bonilla	Directora Escuela de Obstetricia Universidad de Chile
Juan Salinas	Sociedad de Psiquiatría y Neurología Infantil y Adolescente (Sopnia)
Lorena Hoffmeister	Directora Escuela Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Mayor
Loreto Podestá	Médico, Docente Universidad Austral
Mª Loreto Correa V.	Médico. Encargada Programa Adolescente Hospital Padre Hurtado/Programa Adolescencia PUC
María Luisa Alcázar	Pediatra, Endocrinologa, Dpto. Gestión de Redes, SSMSO
María Inés Romero	Médico, Salubrista. Académica Universidad San Sebastián. Miembro del Directorio de la sociedad de adolescencia.
Mercedes Taborga	Presidenta Aprofa
Michelle Sadler	Cultura y Salud Programa EME Masculinidades y Equidad de Género

Miriam George	Coordinadora Programa Habilidades para la Vida, Junaeb
Mónica Herrera	Sectorialista Sernam
Pablo Salazar	Coordinador Participación Comunitaria Municipalidad de Santiago
Pamela Oyarzún G.	Presidenta Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia (Sogia)
Patricia Elgueta	Matrona, docente Escuela de Obstetricia Universidad de Chile
Patricio Altamirano	Médico, Director Escuela de Medicina, Universidad Austral.
Paulina Cid	Sectorialista Sernam
Paz Robledo H.	Pediatra Especialista en Adolescencia, Presidenta Comité de Adolescencia Sociedad Chilena de Pediatría
Ramiro Molina C.	Médico Académico Facultad de Medicina, Universidad de Chile
Ramón Florenzano U.	Médico, Director de Investigación / Vicerrectoría de Investigación y Postgrado Universidad del Desarrollo. Presidente de la sociedad de Adolescencia
Rocío Nuñez	Presidenta del Colegio de Enfermeras, Usach
Rubén Alvarado M.	Profesor y Coordinador Ejecutivo de Postgrado, Escuela de Salud pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
Sofía Rengifo	Coordinadora Salud y Vida Sana, Injuv
Stella de Luigi M.	Enfermera. Colegio de enfermeras
Tamara Zubarew G.	Médico Pediatra, Jefa Unidad Adolescencia, Depto. Pediatría, Facultad de Medicina, P. Universidad Católica de Chile
Valentina Andraca	Depto. de Participación del Injuv

Viviane Jofre	Directora Escuela de Enfermería Universidad de Concepción
Ximena Luengo Ch.	Médico. Directora Ejecutiva Programa FONIS de Conicyt/Minsal
Yohana Beltrán	Matrona, Docente Escuela de Obstetricia Universidad Austral
Ximena Candia	Directora de Salud Municipal Puente Alto
Monica Nuñez	Directora Centro de Salud Lo Prado
Lilian Torres	Matrona Coordinadora Centro de Salud Lo Prado
Fernando Poblete	Universidad Católica

Profesionales Encargados Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, Seremi y Servicios de Salud:

Región de Arica y Parinacota	Jorge Canobbio Santos, Encargado Programa Adolescente Seremi de Salud Arica y Parinacota María Francisca Lagos de la Fuente, Encargada Programa Servicio de Salud Arica
Región Tarapacá	Patricia Montenegro Castillo, Encargada Programa Adolescente Seremi de Salud Tarapaca Pierinna Gallardo, Encargada Programa Servicio de Salud Iquique
Región de Atacama	Maria Marcela Muñoz Cerda, Encargada Programa Adolescente Seremi de Salud Atacama Alejandra Loyola Silva, Encargada Programa Servicio de Salud Atacama
Región de Antofagasta	Claudia Gonzalez, Encargada Programa Adolescente, Seremi de Salud antofagasta Yahnira Carvallo, Encargada Programa Servicio de Salud Antofagasta
Región de Coquimbo	Marisol Gonzalez Ramirez, Encargada Programa Adolescente Seremi de Salud Coquimbo Rafael Alaniz, Encargado Programa Servicio de Salud Coquimbo

Región de Valparaíso	Patricia Lastra Muñoz, Encargada Programa Adolescente Seremi de Salud Valparaíso Claudia Yañez Rodriguez, Depto. de Salud Pública y Planificación Sanitaria de la Seremi de Salud Valparaíso Christian Ramonda González, Encargado Programa Servicio de Salud Aconcagua Loreto Castañeda, Encargada Programa Servicio de Salud Valparaíso Ivelise Segovia, Encargada Programa Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota
Región Metropolitana	Jessica Jerez, Encargada Programa Adolescente Seremi Metropolitana Derna Frinco, Encargada Programa SS Metropolitano Central Giovanna Rojas, Encargada Programa Programa SS Metropolitano Sur Oriente José Arriagada, Encargado Programa Programa SS Metropolitano Sur Gennoveva Pacheco López, Encargada Programa SS Metropolitano Occidente Carolina Mendez, Encargada Programa SS Metropolitano Norte Diana Godoy, encargada SS. Metropolitano Oriente
Región de O´Higgins	Rosa Madrid Poblete, Encargada Programa Adolescente Seremi de Salud O'Higgins Bianca Rojas, Encargada Programa Servicio de Salud O´Higgins

Región del Maule	Carmen Gloria Vega Gomez, Encargada Programa Adolescente Seremi de Salud del Maule Elizabeth Mejias, Encargada Programa Servicio de Salud Maule
Región del Bío Bío	Margarita Paredes, Encargada Programa Adolescente Seremi de Salud del Bio- Bio Luisa Zipper, Encargada Programa Servicio de Salud Ñuble Jessica Acuña, Encargada Programa Servicio de Salud Bio-Bio Maribel Monsalvez, Encargada Programa Servicio de Salud Arauco Elizabeth Chandía, Encargada Programa Servicio de Salud Talcahuano Nadia Campos, Encargada Programa Servicio de Salud Concepción
Región de La Araucanía	Patricia Weisse Barrientos, Encargada Programa Adolescente Seremi de Salud de La Araucania Eduardo Soto, Encargado Programa Servicio de Salud Araucanía Norte Paola Figueroa, Encargada Programa Servicio de Salud Araucanía Sur
Región de Los Ríos	Loreto Guzmán, Encargada Programa Adolescente Seremi de Salud de Los Ríos Yesica Sandoval, Encargada Programa Servicio de Salud Valdivia

Región de Los Lagos	Cristina Olivares, Encargada Programa Adolescente Seremi de Salud de Los Lagos Sara Villalobos, Encargada Programa Servicio de Salud Osorno Paola Vasquez, Encargada Programa Servicio de Salud Reloncaví
Región de Aysén	Ximena Navarro, Referente Servicio de Salud Chiloé Claudio Duran, Encargado Programa Adolescente Seremi de Salud Aysén Felisa Torres, Encargada Programa Servicio de Salud Aysén
Región de Magallanes	Gloria Ramirez, Encargada Programa Servicio de Salud Magallanes Arlette Oyarzo Durán, Encargada Programa Salud Joven, Dirección Servicio de Salud Magallanes Susana Otey Barrientos, Encargada Programa Adolescente Seremi de Salud de Magallanes Eduardo Velásquez Muñoz, Jefe (s) Salud Pública y Planificación Sanitaria Seremi de Salud de Magallanes Susan Mayor Vivar, Encargada Programa Prevención del VIH-ITS, Seremi de Salud Magallanes María Soledad González Giraldes- Encargada de Nutrición, Seremi de Salud Magallanes Carla Castillo Bórquez-Encargada Prevención del Tabaquismo, Seremi de Salud Magallanes Maribel Bustos Costa- Encargada Programa Salud Mental, Seremi de Salud Magallanes Alejandro Triviño Álvarez-Referente Programa Salud Joven CESFAM "Mateo Bencur"

Y destacamos el valioso aporte de los participantes en la Reunión Nacional del Consejo Consultivo de Adolescentes y Jóvenes:

Alejandro Astudillo Martínez	Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (área Calidad de Vida - Sexualidad Responsable).
Alexa Díaz Robles	Representantes de los centros de alumnos. 8° región
Ángelo Pradenas Novoa	Centro de acción social por la diversidad y club deportivo social y cultural inter de Milán
Bernarda Aguilera González	Representante Juvenil Región de La Araucanía
Boris Fredes Aguirre	Representante de Centro de Alumnos Secundarios de La Región CEALES Antofagasta
Camila Salas Ojeda	Representante Centro de Alumnos Liceo San José, Región de Aysén Consejera Regional Araucanía. Instituto Nacional de Juventud (INJUV)
Carolina González Almonacid	Voluntariado Católico Región de Los Lagos
Cinthya Santana Gallardo	Representante Consejo Consultivo Puerto Natales Magallanes
Claudia Otey Barrientos	Representante Consejo Consultivo Punta Arenas
Constanza Alcaíno Hernández	Representante Centro de Alumnos Región del Maule
Diego A. Cortes Opazo	U.de Tarapacá. INJUV Regional
Estefanía Soto Cartagena	U. de Tarapacá
Felipe Hasen Narváez	Antropólogo, Profesional Facilitador y Sistematizador
Francisca Bozzo Lara	Movimiento Se Me rompió el condón. Proyecto Jóvenes Corporación DOMOS Valparaíso
Francisco Chirino Montenegro	Cruz Roja Tarapacá Filial Alto Hospicio
Gustavo Paredes Vargas	Comité de Salud Alerce Histórico Región de Los Lagos
Javier Seguel Barahona	Representante Centro de Alumnos Región del Maule
Jean Maldonado Salas	Representantes de los centros de alumnos de la 8° región

José Llautureo Ardobán	Representante Centro de Alumnos Liceo San José, Región de Aysén
Katherine De Laire Zamora	Universidad de Atacama. Comisión de Salud del Consejo Regional de la juventud INJUV región de Atacama
Lissette Mujica Inaiman	Comunidad Escolar Coquimbo
Makarena Arévalo Arévalo	Representante Juvenil Región de O´Higgins
Mitchel Rojas Contreras	INJUV Atacama
Nair Guerrero Urrea	Voluntariado de INJUV Antofagasta
Ricardo Coñoepan Barahona	Consejero Regional Araucanía. Instituto Nacional de Juventud (INJUV)
Yarela Miranda Molina	Representante Juvenil Región de Los Ríos, CODELO